



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Martina Schmidová

Alzheimerova choroba: péče v rukou rodinných příslušníků

Alzheimer disease: care in the hands of family members

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Di Cara Veronika, PhD.

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 22. 04. 2018.

MARTINA SCHMIDOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

SCHMIDOVÁ, Martina. Alzheimerova choroba: péče v rukou rodinných příslušníků. [Alzheimer disease: care in the hands of family members]. Praha, 2018. 61 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Di Cara Veronika PhD.

ABSTRAKT

Cílem této bakalářské práce je popsat péči rodinných příslušníků o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí. Práce je rozdělená na dvě hlavní části, teoretická část definuje stárnutí, demenci a Alzheimerovu chorobu, možnosti léčby a péče. Praktická část je poté zpracována jako kazuistika pacientky s Alzheimerovou nemocí a možnosti praktické pomoci různých organizací s tím, aby pacient mohl co nejdéle, bezpečně a spokojeně žít s rodinou. Teoretická část tak vytváří rámec, na jehož základě je zpracována část praktická, která mapuje ošetrovatelskou a jinou péči o nemocného v rodinném prostředí.

Toto téma je zvoleno z důvodu nárůstu populace s tímto onemocněním v rozvinutém světě a tudíž i v ČR, kdy je na jedné straně pravděpodobné, že instituce zdravotní a sociální péče nebudou schopny tuto situaci kapacitně zvládat a na druhé straně však existuje ochota dětí a vnoučat převzít zodpovědnost za péči o nemocné rodiče a prarodiče.

Práce může být využita jako pomocný materiál pro rodiny pečující o své blízké s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí a také může informovat zdravotníky v relevantních oborech o možnostech a potřebách laických pečovatелů a samotných pacientů.

Hlavními problémy v bakalářské práci byly velmi náročné rozhovory s pacientkou a sestavení ošetrovatelských diagnóz. Rozhovorům bylo potřeba věnovat značnou přípravu, aby pro pacientku nebyly zatěžující a bylo možné z nich získat hodnotné informace, díky kterým následně byla formována tato práce.

klíčová slova: Alzheimerova demence, stárnutí, dezorientace, domácí péče, ošetrovatelská péče v rodinném prostředí, podpora laických pečovatелů

ABSTRACT

The theme of this graduate thesis is Alzheimer disease: care in the hands of family members. The thesis is divided into two main parts. The first part is on a theoretical base and the second part is practical. The theoretical part defines ageing, dementia and Alzheimer disease. The theoretical part establishes a framework that served as a basis for the practical part, which describes a care in family environment.

This theme was chosen because of the increase in the population with the disease. Is possible that medical facilities will not be able to handle that many patients, but children and grandchildren might be willing to take responsibility for their diseased parents and grandparents.

The object of the thesis is to describe the care of patients with Alzheimer's disease at home, including the possible pitfalls, which can experience family members in the role of lay caregivers.

The practical part describes a case-study of a patient - nursing process and the possibility of using the services of different organizations so that the patient can live as long as possible with his family.

The thesis will be able to serve as an auxiliary material for families caring for loved ones with Alzheimer's disease at home and can also inform healthcare professionals in the relevant fields about the possibilities and needs of informal carers and patients themselves.

The main problems in the thesis were very demanding interviews with the patient and the compilation of nursing diagnoses. The interviews needed considerable preparation to ensure that the patient was not burdened, and it was possible to get valuable information.

keywords: Alzheimer disease, ageing, disorientation, home care, family environment, supporting informal carers

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Veronice Di Cara, PhD., protože jen díky jejímu odbornému a metodickému vedení a také cenným radám a připomínkám, jsem dokázala tuto práci dokončit. Veliké díky patří také pacientce a její rodině. Všichni mi totiž umožnili nahlédnout do svého soukromí a byli mi ochotni věnovat svůj čas. Poslední poděkování patří i mé rodině, za podporu a podmínky pro zpracování bakalářské práce.

Obsah

1. Úvod.....	9
2. Současný stav poznání.....	11
2.1. Demence.....	11
2.1.1. Definice demence.....	11
2.1.2. Rozdělení demencí	12
2.1.3. Klinické příznaky demencí	13
2.2. Alzheimerova choroba	14
2.2.1. Epidemiologie a rizikové vlivy	14
2.2.2. Fyziologické, neurologické, patologické změny	15
2.2.3. Klinický obraz.....	16
2.2.4. Diagnostika	17
2.2.5. Terapie	18
2.2.6. Problémové situace – poruchy chování.....	19
2.3. Potřeby nemocného	22
2.3.1. Finance	23
2.3.2. Bydlení	24
2.3.3. Péče	26
2.4. Rodinný pečující	27
2.4.1. Rizika péče a jejich eliminace.....	28
2.4.2. Spolupracující subjekty	29
2.5. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc	31
3. Cíl práce.....	32
4. Použité metody.....	32
4.1. Ošetrovatelská kazuistika	32
4.2. Model Gordonové: Funkční vzorce zdraví.....	32
5. Případová studie	33

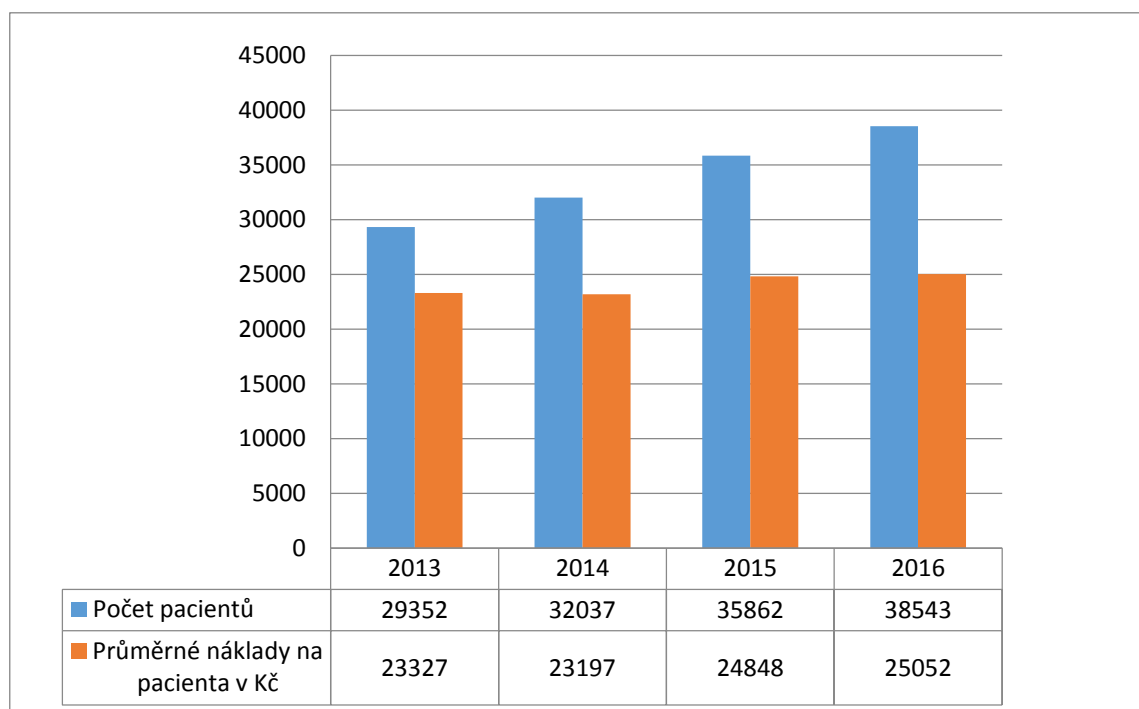
5.1. Základní údaje o pacientovi	33
5.2. Anamnéza.....	33
5.2.1. Rodinná anamnéza	33
5.2.2. Osobní anamnéza	34
5.2.3. Sociální anamnéza.....	34
5.2.4. Alergologická anamnéza	34
5.2.5. Abúzus	35
5.2.6. Farmakologická anamnéza.....	35
5.3. Model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové.....	37
5.4. Přehled ošetrovatelských diagnóz	41
6. Diskuze.....	50
7. Závěr.....	53
8. Použité zdroje	55
Seznam grafů	59
Seznam obrázků.....	60
Seznam příloh	61

1. Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Téma jsem si vybrala z důvodu zájmu o tuto problematiku, a protože se s pacienty, u kterých je diagnostikována Alzheimerova choroba, setkávám čím dál častěji ve své ošetrovatelské praxi.

Lidstvo stárne, což je celosvětový trend, který přebírá vládu i v naší republice. Největší zdravotní pojišťovna v ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna, provádí každý rok analýzu, kterou zpracovává před Mezinárodním dnem Alzheimerovy choroby, který připadá na 21. září. Z analýzy vyplývá, že za poslední čtyři roky klientů VZP s diagnózou Alzheimerovy choroby přibýlo téměř o jednu třetinu (v roce 2013 – necelých 30 tisíc, v roce 2016 – necelých 40 tisíc). Analýza byla zaměřena i na výši nákladů, u kterých bylo zjištěno, že také stále narůstají (Tichý, 2017).

Graf č. 1: počet pacientů s diagnózou Alzheimerovy choroby, průměrné náklady na pacienta v Kč



(Zdroj: Tichý, 2017)

Celosvětový trend vypadá tak, že spolu s narůstajícím počtem osob s Alzheimerovou demencí, přímo úměrně rostou i náklady na péči o ně. Podle celosvětových odhadů jsou náklady na léky ve výši 94 bilionů Amerických dolarů za rok, pro osoby, které žijí doma. (Lu, Bludau, 2011).

Stárání je v našem světě obvykle spojeno se zákonitým a dovršujícím procesem vývoje každého člověka. Období stárnutí a stárání je tak všeobecně ve společnosti chápáno a pojímáno negativně a obvykle automaticky s obavami. Je to způsobeno tím, že jsou

očekávány problémy, omezování v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktu s okolím a ztráta možnosti seberealizovat se. Obavy a negativní očekávání pak vedou mnohdy ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti, respektu, a to především při nedostatečné samostatnosti. Tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, protože automaticky k popsáným problémům nedochází a závisí na průběhu stárnutí u konkrétního člověka.

Každý pátý člověk nad 80 let nicméně trpí Alzheimerovou demencí, proto je možné se setkávat s nemocnými čím dál častěji. Alzheimerova demence však není běžným příznakem stárnutí a je důležité vědět, že je možné nemoci předcházet a také ji popřípadě zpomalit. Včasná diagnostika je nesmírně důležitá, protože stále neexistuje účinná léčba a zpomalení postupu této choroby je možné dosáhnout jen včasnou medikací (Česká alzheimerovská společnost, 2017).

Alzheimerova demence je považována za nevyléčitelnou, kdy ani jeden z doposud uskutečněných klinických testů nepotvrdil účinný lék na tuto chorobu. Ve vyspělých zemích se však dnes jedná o nejvíce rozšířenou formu demence a třetí nejčastější příčinou úmrtí (hned po nemocích oběhové soustavy a rakovině).

Téměř každý má v příbuzenstvu nebo v okruhu známých někoho s diagnostikovanou či nediagnostikovanou demencí. Očekává se, že podíl seniorské populace v České republice bude narůstat a s postupným prodlužováním délky života se bude zvyšovat i počet pacientů s demencí. Péče o takto nemocné pacienty představuje velkou zátěž nejen pro pečovatele, ale i pro celou společnost, což si v dnešní době uvědomují experti i vlády mnoha států (Alzheimer's & Dementia, 2018/2). Alzheimerova choroba se stala pátou nejčastější příčinou úmrtí u osob starších 65 let, a zatímco se úmrtnost na některá častá onemocnění snížila, u Alzheimerovy choroby se naopak výrazně zvýšila. I přes takto alarmující údaje o vývoji a počtu postižených nebývá demence rozpoznána vždy včas a je diagnostikována pozdě, nebo vůbec. Pacienti mnohdy bývají s kognitivní poruchou či demencí vyšetřováni a léčeni odborníky se specializací na jiné choroby, aniž by byl kognitivní deficit pozorován. Pacient a mnohdy i členové rodiny se sami s poruchou paměti nesvěří a některé závažné kognitivní poruchy se nemusí zjistit ani při běžném hovoru s lékařem a jsou také obvykle maskovány společensky přijatelným chováním pacienta. Důležité však je, aby i přes všechna uvedená úskalí došlo k rozpoznání Alzheimerovy choroby co nejdříve (Zpráva o stavu demence, 2017).

Teoretická část začíná definováním a dělením demencí. Dále je pozornost věnovaná konkrétně Alzheimerově chorobě, její charakteristikou, diagnostikou, léčbou a péčí o pacienta. Dále je léčba a péče o nemocného zaměřena na specifika domácího prostředí s ošetrovatelskými a pečovatelskými úkony prováděnými rodinnými příslušníky.

Praktická část je vypracována na základě případové studie. V kazuistice je popsána péče o ženu, která má diagnostikovanou Alzheimerovu chorobu, a péče o ni je v rukou rodinných příslušníků.

2. Současný stav poznání

Veškeré zdroje informací jsou uvedeny v závěru práce a jednotlivé citace jsou uváděny v textu. Informace byly vyhledávány v knihách v Severočeské vědecké knihovně podle oblasti zájmu a klíčových slov Alzheimerova demence, stárnutí, dezorientace, domácí péče, ošetrovatelská péče v rodinném prostředí, podpora laických pečovatелů v období leden 2017 – leden 2018. Také byly využívány webové stránky organizací zabývajících se péčí o seniory a pacienty s Alzheimerovou a jinou demencí. Pro vyhledání zahraničních zdrojů byla použita univerzitní databáze e-časopisů Ústavu vědeckých informací 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

2.1. Demence

Slovo demence pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“ a předpony „de-“, které znamená „od-“, slovo „demens“ můžeme tedy volně přeložit jako „šílený“, tedy něco co mysl pozbylo, nebo se odchýlilo od rozumového jednání. Jako první v medicíně tento termín použil Aurelius Cornelius Celsus v knize „De medicina“, do moderní psychiatrie jej zavedl Dominique Esquirol v roce 1814 (Kučerová, 2006).

Demence se stává jedním z nejčastějších onemocnění, kdy převyšuje výskyt diabetes mellitus a cévních mozkových příhod (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Demence není pro svět novým pojmem. Chování lidí s demencí je totiž po staletí dobře známé. Již řecký filozof Platon (429-348 před naším letopočtem) věřil, že člověk ve stavu šílenství nebo pod vlivem stáří není zodpovědný za své zločiny. Římský státník Cicero (106-43 před naším letopočtem) uváděl, že to co se nazývá senilním bláznovstvím pošetilosti, není charakteristické pro všechny staré lidi, ale jen pro nějaké (Kelly, 2008).

2.1.1. Definice demence

Demence je syndrom, který je způsobený chorobou mozku a obvykle bývá chronické či progresivní povahy, kdy dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, mateřský jazyk, úsudek. Přičemž vědomí však nebývá zastřeno. V mnoha případech je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází zhoršení emoční kontroly, sociálního chování a motivace (Jirák, Koukolík, 2004).

Obecně lze demenci označit jako onemocnění mozku s těžkou poruchou myšlení a omezením emocionálních a sociálních schopností postiženého člověka, kdy ztráta rozumových schopností může mít více příčin. A to od akutní otravy alkoholem, která má krátkodobé trvání, přes kolísání hladiny cukru v krvi až po chronické poškození mozku (např. po těžkém mozkolebečním traumatu po úrazu). Nezbytné stanovení velmi pečlivé diagnózy před jakoukoli terapií je spojeno s enormní různorodostí příčin demence (Nehls,

2017). Dle Rabocha a Pavlovského (2012) by diagnóza demence měla být potvrzena tím, že demence trvá alespoň šest měsíců, aby nedošlo k záměně s nepravými demencemi, především v důsledku deprese. Na druhou stranu je nutné přihlídnout i k faktu, že některé současné diagnostické možnosti nám umožňují potvrzení diagnózy demence dříve, a tím i včasější zahájení léčby.

Bartoš a Halasíková (2010) demenci definují jako úbytek intelektových schopností, snížení paměti a poznávacích funkcí oproti předchozí úrovni, kdy se pokles projevuje obtížnějším zvládnutím sociálních, pracovních i běžných činností života.

Demence není normální součástí procesu stárnutí a nezná sociální, ekonomické, etnické ani geografické hranice. Ačkoliv každý člověk postižený demencí prochází vlastním vývojem, nakonec vždy všichni dojdou do stádia, kdy se o sebe nejsou schopni postarat a vyžadují pomoc ve všech aspektech každodenního života (Taylor, 2015).

Až na terminologickou nejednotnost ve výše uvedených definicích není zásadní rozpor, přičemž se autoři v některých aspektech shodují, v jiných jedna druhou rozšiřuje či doplňuje a to pravděpodobně dle důležitosti, kterou jim jejich autoři připisují.

Výskyt demencí výrazně roste s věkem, kdy k nejvýraznějšímu růstu dochází po šedesátce. Ve věku 65 let je postiženo demencí 1,4-2 % populace, ve věku 81 let okolo 15 % populace, v 90 letech se už jedná o 30 % populace (Raboch, Pavlovský, 2012).

Taylor (2015) jako nejčastější příčiny demence označuje Alzheimerovou nemoc. Kdy jejím nejběžnějším příznakem je krátkodobá ztráta paměti, která později vede k dezorientaci místem i časem, neschopností řešit otázky každodenního života, ke změnám osobnosti a náhlým výkyvům nemoci. Tato nemoc ohrožuje lidské bytosti hned dvěma hledisky. Jedním je neurologické a druhým je psychologické, protože nevyhnutelně dospějí do fáze, kdy sice budou existovat, ale už nebudou samy sebou. Někdy si napřed tento proces uvědomují, ale jejich možnosti nějak ho ovlivnit se stále zhoršují.

2.1.2. Rozdělení demencí

Demence rozdělujeme podle lokalizace, etiologie a kurability.

Rozdělení podle lokalizace (Zvěřová, 2017):

- 1) Kortikální demence – postižení zejména mozkové kůry (Alzheimerova choroba, kortikální formy demencí s Lewyho tělísky, frontotemporální lobární demence) kdy hlavními příznaky poruchy je váznutí zapamatování si nových informací, přítomnost afázie, agnózie, apraxie, porucha orientace v prostoru a čase
- 2) Subkortikální demence – postižena je převážně bílá hmota, thalamus a bazální ganglia (demence u Parkinsonovy choroby, vaskulární Binswangerova nemoc, demence u Huntingtonovy nemoci). Hlavními příznaky poruchy jsou poškození

výkonných funkcí (dysexekutivní syndrom), váznutí vybavování si zásobní paměti, nepřítomnost motivace, zhoršená schopnost rozhodování se, zpomalené psychomotorické tempo, váznutí schopnosti rozdělit určitou činnost na dílčí úkony a následně je vykonat správně za sebou,

- 3) Kortikosubkortikální demence – v tomto případě je postižena různou měrou kortikální a subkortikální složka (Alzheimerova demence s vaskulární složkou). Příznaky poruchy jsou kombinace příznaků kortikální subkortikální demence.

Rozdělení demence dle etiologie (Jirák, Koukolík, 2004):

- 1) Primárně-degenerativní demence, u kterých se jako hlavní etiopatogenetický činitel podílí atrofie mozku, převážně selektivní, doprovázená celou řadou dalších změn,
- 2) Ischemicko-vaskulární demence – demence vznikající jako důsledek cévních postižení mozku,
- 3) Symptomatické (sekundární) demence – projevy postižení funkce mozku, které bylo způsobeno jinými chorobami – infekčním onemocněním mozku či úrazy mozku a intoxikacemi.

Rozdělení dle kurability (Zvěřová, 2017):

- 1) Reverzibilní – léčitelné
- 2) Inverzibilní – neléčitelné

2.1.3. Klinické příznaky demencí

Syndrom demence je souhrn psychopatologických projevů, kdy lze tyto projevy rozdělit do čtyř základních funkčních okruhů, které se však navzájem ovlivňují (Jirák, Koukolík, 2004):

- 1) poruchy kognitivních funkcí – základní postižení u syndromu demence - poruchy paměti, intelektu, pozornosti, fatické, praktické a gnostické poruchy, poruchy exekutivních funkcí,
- 2) behaviorální a psychologické příznaky demence – poruchy chování (agresivita, útky), poruchy emotivity (nezvládání afektů), poruchy cyklu spánku a bdění, přidružené psychotické příznaky (bludy, poruchy vnímání),
- 3) poruchy aktivit denního života – složitější aktivity – profesní dovednosti, základní aktivity – jídlo, hygiena, oblékání.

2.2. Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). Toto má pak za následek vznik syndromu demence (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Jedná se o nejčastěji vyskytující se demenci vůbec, další podstatná část demencí vzniká na smíšeném podkladě Alzheimerovy choroby a cerebrovaskulárního onemocnění. Je to primárně kortikální demence, první příznaky proto reprezentují poruchy z oblasti kognitivních funkcí – hlavně poruchy paměti typu zapomínání nových paměťových obsahů (poruchy a paměťové konsolidace – vstřípivosti), poruchy epizodické paměti, zapomínání pojmů, poruchy krátkodobé paměti a poruchy pozornosti. Později však také dochází i k poruchám nekognitivních funkcí včetně behaviorálních a psychologických příznaků demence, především k poruchám emotivity a chování (Raboch, Pavlovský, 2012).

Na rozdíl od vaskulární demence, která může vzniknout a manifestovat svůj účinek kdekoli v mozku, začíná Alzheimerova choroba v úzce ohraničené oblasti mozku, u vstupu do takzvaného hipokampu, na který však nezůstává omezena, protože jakmile ho zničí, rozšíří se do ostatních částí mozku. Hipokampus je speciální oblast mozku, který je centrálou pro ukládání našich osobních autobiografických vzpomínek. Lidský mozek je vybaven dvěma hipokampy umístěnými hluboko v oblasti obou spánků (Nehls, 2017).

2.2.1. Epidemiologie a rizikové vlivy

Výskyt této choroby se výrazně zvyšuje s věkem. S výrazným prodloužením lidského věku, dochází k výraznému nárůstu počtu případů, kdy mnoho případů zůstává nediodagnostikovaných a neléčených. Díky tomu Alzheimerova choroba získala označení tichá epidemie (Raboch, Pavlovský, 2012).

Demence v 99 % všech případů Alzheimerovy choroby nejsou prokazatelně zjištěny žádné genové defekty. Jedná se o takzvanou sporadickou formu nemoci a její výskyt je typický po dosažení 65. roku života. Jen velmi zřídka bývá proces nemoci urychlen defektním genem a průběh genetické formy choroby se v ničem neliší od sporadické, přičemž choroba ovšem nastupuje daleko před 65. rokem života. Zmutované geny jsou však pokládány za urychlovače nemoci, ne však za její naprostou příčinu (Nehls, 2017).

Koukolík a Jirák (1998) poukazují na to, že z epidemiologických studií plynou rizikové vlivy, které se na Alzheimerově chorobě mohou podílet. Možnými rizikovými vlivy pro vývoj Alzheimerovy choroby jsou poranění hlavy, nižší vzdělání a kouření cigaret (což nebylo dostatečně prokázáno), přičemž výše vzdělání je významná proměnná. Je předpokládáno, že nízká úroveň vzdělání znamená nižší míru „mozkové rezervy“ s ohledem na pravděpodobnou deprivaci v raném věku. U lidí se základním vzděláním se

na syndromu demence kromě Alzheimerovy choroby často spolupodílí výskyt alkoholické a blíže nespecifikované demence. Jako riziko vzniku demence je také uváděna cévní mozková příhoda, kdy pacienti, kteří ji přežili, mají dvojnásobně zvýšené riziko demence. Proto se také v současné době usiluje o prevenci mrtvice a včasné identifikace cévní mozkové příhody (Alzheimer's & Dementia, 2017/10)

Dle Nehlse (2017) ve vyspělých průmyslových zemích trpí Alzheimerovou demencí asi jedno procento žijících pětadesátníků, sedmdesátníků jsou to přibližně dvě procenta, u pětasedmdesátníků se jedná už o čtyři procenta. Je zde patrná tendence, kdy se s každými pěti lety výskyt nemoci zdvojnásobuje, takže u devadesátníků hovoříme již o jedné třetině populace. Stoletý člověk by na základě tohoto přírůstku měl již jen desetiprocentní šanci, že nebude dementní, avšak v tomto vysokém věku pravděpodobnost výskytu opět klesá, což je první indicie k tomu, že Alzheimerova choroba zřejmě není zaviněna stárnutím jako takovým. Někteří z těch, kteří se dožívají vysokého věku, jsou dlouhověcí většinou proto, že žili náhodou či úmyslně tak, aby byli před Alzheimerem chráněni. Jde však o velmi malý výskyt, neboť nám v současné době naše společnost nabízí příliš mnoho možností, jak žít nezdravě. Díky zvyšující se střední délce života bude čím dál více lidí žít dostatečně dlouho na to, aby se u nich choroba stihla rozvinout. Jak se zdá, bude ušetřen jen ten, kdo zemře dostatečně brzy na něco jiného. Taylor (2015) sdílí názor, že Alzheimerova choroba ubere jedinci z předpokládané délky dožití v průměru 10 let.

2.2.2. Fyziologické, neurologické, patologické změny

Koukolík, Jirák (1998) uvádějí, že s věkem se snižuje hmotnost i velikost mozku. Pokles hmotnosti mozku zůstává významný i po korelaci antropologických proměn populace, k nimž došlo v průběhu našeho století (na počátku minulého století lidé dosahovali menší výšky než lidé narození na konci století). Existuje statisticky významný pokles hmotnosti mozku s poustupujícím věkem, zejména po 55. roce života, kdy autoři dále uvádějí, že při Alzheimerově chorobě probíhají podobné změny jako při stárnutí – klesá hmotnost a objem mozku, snižuje se tloušťka mozkové kůry, rozšiřují se mozkové komory. Nehls (2017) sdílí tento názor a doplňuje, že při Alzheimerově chorobě v pokročilém stadiu jsou příznačné změny na mozku viditelné při pitvě již prostým okem. Pod mikroskopem jsou viditelné další typické změny, které jsou významné pro diagnózu, pokud se vyskytují společně. Patří mezi ně odumřelé a odumírající nervové buňky s fibrilárními depozity a amyloidní (škrobu podobné) plaky (tzv. náhrobní kameny mozku), které se nacházejí mezi buňkami.

V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá beta-amyloid. Bílkovina tvoří krystalky (drůzy), kolem nichž dochází k řadě dalších neurodegenerativních dějů, kdy vznikají útvary, kterým se říká neuritické plaky. Čím více je plaků v určité oblasti mozkové kůry, tím více je tato mozková oblast postižena funkčně ,

kdy následně dochází k postupnému rozpadu celých nervových buněk a vláken a následným poruchám výměny informací mezi vlákny a k produkci acetylcholinu. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

U Alzheimerovy choroby často dochází ke kombinaci s arteriosklerotickou demencí. V minulých letech byl význam arteriosklerotické demence značně přeceňován a až v pozdějších letech bylo objasněno, že asi 70 % všech senilních progresivních demencí připadá na vrub Alzheimerovy choroby, což je sice též atrofie mozku, avšak na podkladě degenerativních změn v mozkové tkáni, hlavně v kůře, které mohou vznikat jak u lidí velmi starých, tak i v preseniu (Bártová, 2015).

2.2.3. Klinický obraz

Alzheimerova choroba se dělí na dva podtypy: forma s časným začátkem, kdy se příznaky objevují před 65. Rokem života a forma s pozdním začátkem, kde se příznaky objevují až v 65 letech a později. Pro praxi toto dělení nemá význam, protože neuropatologie i klinický obraz jsou shodné. Demence při Alzheimerově chorobě začíná nenápadně a průběh je plynule progredientní, bez větších výkyvů v kratších časových intervalech, pokud však dojde k větším výkyvům či jsou přidružena deliria, je nutné uvažovat o přítomnosti vaskulární složky, o přítomnosti somatické poruchy nebo o vlivu nevhodné medikace (Raboch, Pavlovský, 2012).

Klinická diagnóza Alzheimerovy choroby je založena na určité míře pravděpodobnosti, protože podle klinicko-patologických studií je diagnóza určena správně v 60-80 %, což znamená, že 20-40 % pacientů má nakonec při pitvě jinou diagnózu, než Alzheimerovu chorobu (Bartoš, Hasalíková, 2010).

K základním klinickým příznakům patří kognitivní poruchy – poruchy paměti, intelektu a dalších poznávacích funkcí, postižení psychických funkcí – myšlení (zpomalení), orientace (dezorientace časem i místem), osobnosti (ztráta sebekontroly), emocí (deprese), vůle (pokles), jednání (neklid, bloudění, agresivita), vnímání (halucinace). Oproti Parkinsonově chorobě se nevyskytují poruchy chůze (Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015).

Dle Bartoše a Hasalíkové (2010) má typická Alzheimerova choroba několik charakteristických klinických rysů:

- Plíživý začátek – nemocný ani jeho nejbližší okolí často nejsou schopni určit přesný začátek obtíží, protože první příznaky považují za přirozenou část stárnutí. V mnoha případech až mimořádná událost (např. zabloudění) upozorní, že se nejedná o součást normálního stárnutí;

- Vytrvale progresivní průběh – pokles kognitivních funkcí nebývá lineární, ale spíše hyperbolický, kdy průběh nelze zaznamenat vzrůstající rovnou přímkou, protože zhoršení přichází většinou náhle a rychle
- Dominující porucha paměti – zapomínání nových informací je typickým rysem a je povinnou součástí všech diagnostických kritérií. Nejvíce dochází k selhávání epizodické paměti na nedávné zážitky z vlastního života. Zpočátku bývají velmi dobře uchovávány vzpomínky z mládí nebo starší informace. Dominantní je také porucha vstřípení, kdy jde o to, že ani náповěda příliš nebo také vůbec nezlepší vybavení informace;
- Příznivá odezva na zahájení léčby kognitivity – po nasazení léčby některý z inhibitorů acetylcholinesterázy nebo memantinem hlásí především pečovatelé zlepšení u velkého množství pacientů, nedostatečný efekt může být způsoben neúčinným typem kognitiva nebo chybnou diagnózou;
- Některé projevy zpochybňují diagnózu – u Alzheimerovy choroby se časné nevyskytují hybné poruchy či poruchy chůze, vidění, rovnováhy ani inkontinence. Při jejich přítomnosti je nutné zvážit jiné onemocnění.

2.2.4. Diagnostika

Při zvažování typu onemocnění je nutné si uvědomovat, že jakákoliv demence je choroba, ale prosté stárnutí je fyziologickým procesem. Pro stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby je nezbytné, aby byla naplněna obecná kritéria pro demenci, a zároveň je nutné vyloučit jinou možnou příčinu demence. Všichni pacienti s poruchami paměti by měli podstoupit vyšetření CT mozku, aby bylo možné vyloučit jiné příčiny demence, jako jsou tumory, hematomy nebo vaskulární poruchy. Pro detekci hypometabolismu parietálních a temporálních laloků se používají vyšetření pomocí metody SPECT/PET. Dále je nezbytné psychologické a klinické testování pro posouzení kognitivních funkcí – paměť, pozornost, vnímání, řeč, konstrukční dovednosti, prostorová orientace, schopnost řešit problémy a schopnost normálního fungování (Zvěřová, 2017).

Nejčastěji používaným diagnostickým schématem jsou kritéria NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer's Disease and Related Dementias Association). Jedná se o studii, jejíž cílem bylo pokusit se detekovat subjekty se zvýšeným rizikem demence, kdy následně bylo potvrzeno, že na základě citlivého sledování fungování člověka v běžném životě je možné detekovat první diskrétní příznaky incipientní demence asi 3 roky před tím, než by tito lidé splnili kritéria pro tuto diagnózu (Preiss, Přikrylová Kučerová, 2006).

Raboch a Pavlovský (2012) se schématem NINCDS-ADRDA také pracují a uvádějí, že kritéria diagnostické jistoty jsou:

- definitivní (v některé literatuře nazývána také jako jistá) (Zvěřová, 2017) dg. Alzheimerovy choroby – důkaz je podán histopatologickou verifikací autopsií (pitva) nebo biopsií;
- pravděpodobná dg. Alzheimerovy choroby – diagnostika je založena na klinickém a neuropsychologickém vyšetření (např. Blessedova škála demence), nesmí být přítomny jiné poruchy, které by mohly vyvolávat syndrom demence, začátek mezi 40. a 90. rokem;
- možná Alzheimerova choroba – je přítomen syndrom demence s atypickým začátkem, klinickým obrazem nebo progresí, není přítomna žádná jiná porucha schopná vyvolat obraz demence;
- nepravděpodobná Alzheimerova choroba – u pacientů je přítomen syndrom demence s náhlým začátkem, jsou přítomny fokální neurologické znaky – senzorické deficity, poruchy pohybové koordinace, deficity zorného pole, mohou se objevit i epileptické záchvaty.

Hauke (2017) odkazuje, že při stanovování diagnózy demence se v praxi nejvíce spoléhá na základní klinické vyšetření a srovnání s typickým obrazem jednotlivých druhů demence, protože podle takto stanovené diagnózy může být nastaveno patřičné opatření a postupy včetně farmakoterapie. Nejdůležitějším východiskem pro diagnózu demence je anamnéza, neboli informace o tom, jak dané onemocnění vzniklo a probíhalo, jaké příznaky jej provázely, do jaké míry ovlivňovaly život daného člověka a také informace o ostatních onemocněních pacienta, lécích, které užívá i tom, jaká onemocnění se vyskytují u předků a sourozenců. Pokud se povede tyto informace shromáždit pečlivě a podrobně, je již možné na jejich základě vytvořit základní představu o daném onemocnění. Anamnéza má klíčový význam například v odlišení demence a deliria. Další nezbytnou součástí pro stanovení diagnózy demence jsou testy, které by měl zpravidla provádět praktický či odborný lékař. Jedná se například o test MMSE (podle nějž se nastavuje farmakoterapie kognitivní a memantinem), Montrealský kognitivní test MoCa, test hodin – Clock Test (pacient vyznačuje na papíru kolik je hodin), MiniCog (test zapamatování a vybavení slov). Poslední složkou diagnózy jsou klinická vyšetření, která indikuje lékař – zobrazovací metody CT (počítačová tomografie), NMR (nukleární magnetická resonance), laboratorní a klinické vyšetření.

2.2.5. Terapie

Terapie se může skládat z biologických i psychosociálních prvků, kdy z biologických je nejdůležitější farmakoterapie. Ta se může dále dělit na kognitivní (ovlivňující poznávací funkce – motivace, paměť) a nekognitivní (ovlivňující chování, spánek a emoce jedince). Léčba by měla být založena na individuálním přístupu ke každému nemocnému, kdy bude hodnocena každá konkrétní porucha a budou brány na zřetel možná rizika a léčby,

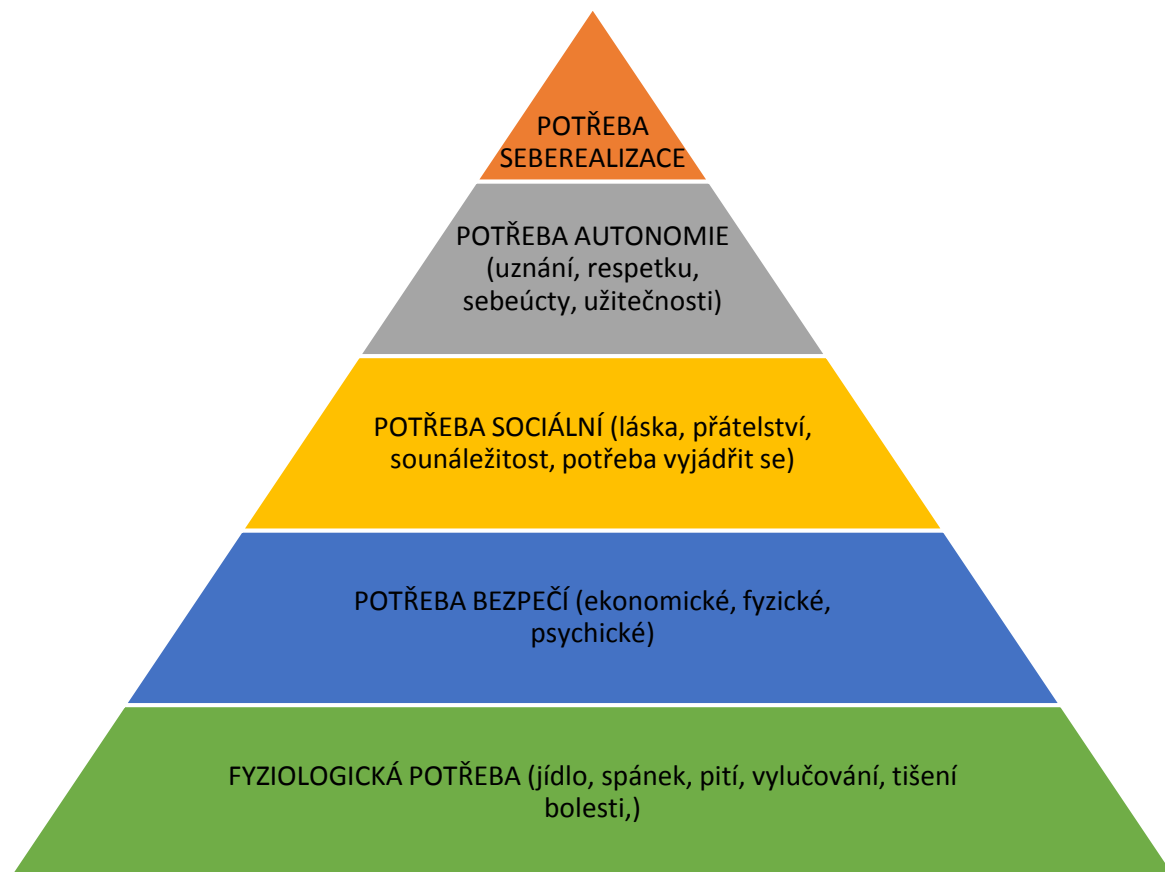
případné nefarmakologické postupy a obecně také práce s pečujícími. Nikdy by nemělo být zapomínáno na okolní faktory a vlivy (Poirier, Gauthier, 2014).

Kognitiva mohou vést k zlepšení (přechodnému na dobu 6-12 měsíců) kognitivních funkcí, jejich cílem je oddálení progresu onemocnění ve všech oblastech demence (kognitivní funkce, denní aktivity a chování). Tyto léky se také mohou zasloužit o prodloužení nemocnému a jeho rodině období aktivního života, přičemž můžou přispět také k potlačení problémového chování, depresí a psychotických symptomů. U lehké až střední formy Alzheimerovy demence je možné nasadit inhibitory cholinesteráz, kdy podání těchto látek má za výsledek zvýšení acetylcholinergní transmise – tímlepší kognitivní, ale i nekognitivní funkce. Vede také ke snížení tvorby beta-amyloidu. U těžkých stádií Alzheimerovy demence se užívají látky, které působí parciální inhibici tzv. NMDA-receptorů excitačních aminokyselin-memantin. Další farmakoterapie se nasazuje podle jednotlivých dominujících příznaků (Franková, 2011).

2.2.6. Problémové situace – poruchy chování

Jedním z důvodů změněného chování může být neschopnost pacienta naplňovat si životní potřeby a současné nepochopení na straně pečující osoby. Potřeby nemocného pacienta totiž zůstávají, jenom obsah a způsoby naplňování se změní. Kromě toho, že každý člověk potřebuje ke svému životu jídlo, pití a další fyziologické potřeby, nutností je také pocit bezpečí a jistoty, aby mohl kvalitně žít. S tím souvisí potřeba peněz, aby si pacient mohl zajistit naplňování fyziologických potřeb a také vyšších potřeb. Důležitou potřebou je také domov, aby se cítil v bezpečí, a tato potřeba se stává tím důležitější, čím je nemocný více závislý na druhé osobě. Nedílnou součástí jsou také potřeby sociální – kdy člověk potřebuje být milován a někoho milovat, nebo alespoň být kladně přijímán, aby nedocházelo k jeho chřadnutí. Zachovává se také potřeba autonomie, kdy pacient chce mít stále možnost dělat si věci po svém, mít možnost o sobě rozhodovat a chce si zachovat svoji hodnotu a důstojnost. Potřeba seberealizace je zachována a realizována prostřednictvím vyprávění příběhů ze své minulosti, kdy pacient hovoří o svých profesích, láskách a svém životě celkově. Pokud nedochází k naplnění potřeb obvyklým způsobem, nemocný obvykle hledá náhradní způsoby uspokojování, které mohou být vyhodnoceny jako problémové chování – odchody z domova, hromadění věcí, přítomnost mrtvých osob, agresivita, péče o děti které už dětmi nejsou, vulgární vyjadřování, dokola se opakující vyprávění o svých minulých úspěších (Malíková, 2011).

Obrázek č. 1: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: (Malíková, 2011)

Agresivita není typickým projevem demence, naopak se vyskytuje pouze tehdy, kdy je vyprovokována nevhodným přístupem a péčí. Agresivita se u pacientů s demencí v domácím prostředí vyskytuje v 20 % případů (Hauke, 2017). U pacientů s demencí se liší od agresivity zdravých lidí a bývá reakcí na situace, kterým pacient nerozumí či se kterými si neví rady. Mezi tyto příčiny mohou patřit:

- změny – starší lidé i bez demence mají rádi svůj stereotyp, protože se v něm cítí bezpečně. Změna (prostředí, pečující osoby) tak může být závažným stresorem, kdy jednou z reakcí může být útok,
- neporozumění situace – pokud pečující osoba nereaguje dostatečně citlivě na projevy protestu. Agrese v tomto případě může být také způsobena přílišným tlakem ošetřujícího na pacienta, aby byl orientován realitou,
- reakce na zvýšenou kontrolu pečující osoby – agresivita pak bývá projevem vlastní vůle a osoba se tak brání nadměrné kontrole, řešením může být smysluplně strukturovaný den s přiměřenými činnostmi, se kterými pacient bude souhlasit,
- reakce na neočekávané – kdy dojde k porušení pocitu bezpečí, což následně vyvolá agresi. Pečující tomu může předejít, když bude dostatečně komentovat činnosti,

kteřé bude vykonávat, nebude spěchat, naléhat, bude neustále komunikovat a být na očích, bude sledovat verbální ale i neverbální komunikaci nemocného,

- reakce na vlastní selhávání – kdy není nikomu příjemné, když je neustále upozorňován na své chyby. Když je potřeba nemocnou osobu poopravit v některé činnosti, je potřeba myslet na to, jakým způsobem se to provede. Je třeba se vždy vcítit do pacienta a provádět to šetrně, v žádném případě s despektem a přehlížením důstojnosti (Jiráek, Holmerová, Borzová, 2009).

Osoba s demencí v počátečních stádiích stále něco hledá, protože si věci ukládá na místa, která si nepamatuje, ale žije v přesvědčení, že si je naprosto jistá v tom, kam to dala. Její mysl, jí jako jediné vysvětlení toho, kdo mu mohl schovanou věc vzít, je pečující osoba, neboť je jediná, kdo k ní chodí. Osoba s demencí si totiž nepamatuje mnohé věci, které se udály a navíc už neví ani kontext, kdy by si za normálních okolností člověk vybavil situaci, kdy otvíral danou skřýš a mohl tak konkrétní věc přemístit. Podezřívavost má však i další tvář, kdy se člověk s demencí uzavírá do sebe a vytváří si tak svůj vlastní svět, kdy přestává rozumět světu kolem sebe. Zásadním rysem může být sobeckost, protože svět kolem sebe nevnímá a řeší více a více pouze své potřeby. Zde pak může přijít podezření nemocné osoby na to, že někdo něco nedělá v její prospěch, že jí nemá dostatečně rád. Pečovatel by v tomto případě měl dodržovat tyto pravidla (i když nemusí být zárukou úspěchu): nebrat si obviňování osobně (odosobnit se a řešit profesionálně, aby nedošlo k otevřenému konfliktu), nevyvracet podezřívání, pokusit se přijít na to co se stalo (čeho se podezření týká, myslet i na to, že událost nemusí být jen výplod pacientovi fantazie), nabídnout pomoc při hledání, zajistit opatření, aby se pacient cítil opět v bezpečí (např. výměna zámeků u dveří), nakonec je potřeba danou situaci zdokumentovat pro případné dokazování (Novák, 2013).

Bloudění a odchody z domova jsou pro pečující osobu velmi stresové a pro osobu s demencí spojené s nebezpečím, protože hrozí, že se nevrátí, nebo že cestou dojde k dopravní nehodě. Ještě více nebezpečným se bloudění stává v zimě, kdy je osoba schopná odejít ven jen v pyžamu nebo papučích. Bloudění má u osob s demencí několik příčin:

- odchod domů – osoba s demencí totiž zapomíná, že byt, ve kterém žije i posledních 30 let je jejím domovem, a vrací se do svých předchozích domovů,
- ztráta pocitu bezpečí – osoba s demencí se necítí dobře tam, kde právě žije a snaží se to změnit,
- poruchy spánku – častý projev u osob s demencí je obrácený režim spánku a bdění. Jestliže nemá osoba s demencí možnost unavit se dostatečně přes den aktivitami, může dojít k převrácení režimů. Toto bývá i velkým problémem pro pečující osobu, která pak nemá možnost se také dostatečně vyspat a odpočinout si, protože v noci musí být ve střehu a přes den se stará o nemocnou osobu a vykonává další povinnosti. Tento problém pomáhá vyřešit nastavení správného světelného režimu

- dostatečná tma v noci a vyšší osvětlení přes den, pokud ani toto není úspěšné, je možné problém řešit s lékařem a vhodnými léky,
- pocit osamocení – hledání osoby, v jehož přítomnosti by se nemocná osoba cítila dobře.

V domácím prostředí jsou jen omezené možnosti vyřešit problém s blouděním. Důležité však je, pokusit se zjistit příčinu bloudění. Když se příčinu nepodaří odstranit, musejí se přijmout taková opatření, která sníží riziko ohrožení na zdraví a životě – nepřetržitý dohled, monitoring osoby s demencí prostřednictvím GPS lokátorů (hodinky), ztížení přístupu ke dveřím vytvořením přirozených bariér v bytě (Vörösová, Solgajová, Archalousová, 2015). Oprávněné obavy rodinných příslušníků, aby se jejich příbuznému něco nestalo, však nelze řešit tak, že bude pacient zamykán, aby neutekl, protože zamykání osoby s demencí je nepřiměřený zásah do základních lidských práv člověka na svobodu, nedotknutelnost osoby a volný pohyb. Nutné je hledat jiná řešení:

- zajištění neustálé přítomnosti pečující osoby (spolupráce sociálních služeb, sousedů, známých a rodiny, kdy nemocný nezůstává bez dohledu)
- úpravy v bytě, které ztíží osobě s demencí přístup ke dveřím
- využití moderních technologií – GPS lokátor v hodinkách (mobilu)
- využití služeb tísňové péče (ve spolupráci se sociální službou, městskou policií (Hauke, 2017).

O problémovém chování a hledání cesty k řešení je třeba vést písemné záznamy, které by měly obsahovat:

- popis problémového (nežádoucího) chování – datum, čas a co se stalo,
- okolnosti vzniku problémového chování – okolnosti mohou být totiž zásadní, protože se může ukázat, že k problémovému chování dochází za určitých okolností, nebo při návštěvě konkrétní osoby,
- popis problému – zda jde jen o nepříjemné chování, nebo zda řešení spotřebovává příliš času pracovníka, nebo zda toto chování ohrožuje pacienta, jeho okolí, nebo pečujícího,
- popis reakce pečujícího či dalších osob na vzniklý problém,
- popis reakce pacienta na reakci pečujícího a okolí,
- vyhodnocení dosavadního způsobu zvládání a v případě, že tento postup nevede k odstranění, je třeba zvolit jinou strategii (Hauke, 2017).

2.3.Potřeby nemocného

Každá dlouhodobá nemoc přináší veliké změny v dosavadním režimu fungování domácnosti a života jejích členů, protože prakticky všechno se musí přizpůsobit potřebám nemocných tak, aby pobyt v domácím prostředí nebyl jen komfortní, ale také bezpečný a při onemocněním jakoukoliv formou demence toto pravidlo začíná platit dvojnásobně,

jelikož si je potřeba uvědomovat, že nemoc se postupem času zhoršuje v důsledcích chování a schopnostech nemocného a je nutno udělat určitá opatření pro budoucnost. Je nezbytné provést opatření v těchto oblastech:

- finance
- bydlení
- péče (Hauke, 2017).

2.3.1. Finance

Nemoc přináší sníženou a posléze úplnou schopnost nakládat s finančními prostředky. Běžné finanční záležitosti, které byl nemocný doposud schopný zvládat bez problémů, již nyní jsou velkým problémem. Nepamatuje si termíny plateb, v domácnosti se ztrácí peníze a mnohdy jsou nalezeny na naprosto nesmyslných místech. Může se stát, že nemocný dává peníze cizím lidem v domnění, že se jedná o členy rodiny, v obchodech platí jiné částky, než by měl. Uvedeným problémům lze předejít pouze tím, že jsou upraveny možnosti nakládání a hospodaření s financemi. Je důležité se zamyslet nad tímto tématem již při prvních známkách a řešit ji co nejrychleji (Halová, 2010).

Druhou stránkou financí je, že péče o nemocnou osobu bude časem náročnější a to i ve financování péče. Pro řešení tohoto problému, je potřeba si zmatovat současnou finanční situaci a udělat dlouhodobý finanční plán. Kromě základního starobního důchodu (popřípadě invalidního či vdovského) lze využít tyto dávky:

1. Příspěvek na péči – dávka přispívá na zajištění péče o osobu, která je kvůli svému dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu závislá na pomoci jiné fyzické osoby, protože má sníženou schopnost se postarat sama o sebe a o svou domácnost. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnosti v oblasti mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieny, výkonu fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost. Výše příspěvku je:
I. Stupeň – lehká závislost, 880Kč – Každodenní pomoc nebo dohled z důvodu nepříznivého zdravotního stavu při třech nebo čtyřech základních životních potřebách.
II. Stupeň – středně těžká závislost, 4400Kč – každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při pěti nebo šesti základních životních potřebách.
III. Stupeň – těžká závislost, 8800Kč – Každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při sedmi nebo osmi základních životních potřebách.
IV. Stupeň – úplná závislost, 13200Kč – Každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při devíti nebo deseti základních životních potřebách (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

2. Ošetrovné – na ošetrovné má nárok zaměstnaná pečující osoba, která nemůže pracovat z důvodu péče o nemocného člena rodiny, za podmínky, že ošetřovaná osoba s pečujícím zaměstnancem žije ve společné domácnosti. Podpůrná doba u ošetrovného počíná prvním kalendářním dnem potřeby ošetřování (nejdéle však 9 kalendářních dnů), výše je 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu za kalendářní den (ČSSZ, 2017).
3. Příspěvek na mobilitu – příspěvek je přiznán osobě, která je držitelem průkazu ZTP, nebo ZTP/P, je nucena docházet často k lékaři, nemůže využít veřejných dopravních prostředků a je do zdravotnického zařízení dopravována osobním automobilem za úhradu. O tento příspěvek je možné požádat na Úřadu práce ČR a činí 550 Kč měsíčně (Integrovaný portál MPSV, 2018).
4. Příspěvek na zakoupení zvláštní pomůcky – příspěvek je nemocnému přiznán, pokud je nemocný z důvodu svého zdravotního postižení (zraku, sluchu nebo tělesného postižení, kde je diagnostikována těžká vada nosného nebo pohybového ústrojí) nucen používat nějakou pomůcku, která dopomáhá k získávání informací, umožňuje sebeobsahu nebo umožňuje styk s okolím. Příspěvek je možné také využít na úpravu bytu do podoby, v němž může klient běžně žít, zejména bezbariérové úpravy (koupelna, rozměr dveří, WC). Výše příspěvku se může pohybovat od 1000 Kč do 350.000 Kč, je nutné však rozlišovat které pomůcky jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. O příspěvek se žádá na Úřadu práce ČR (Integrovaný portál MPSV, 2018).
5. Příspěvek na bydlení – příspěvek na bydlení slouží ke krytí nákladů na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy, přičemž na příspěvek má nárok majitel nebo nájemce bytu, který je v bytě přihlášen k trvalému pobytu. Společně posuzovanými osobami jsou osoby, které jsou v téže bytě hlášené k trvalému pobytu bez ohledu, zda se podílí na financování bydlení. Nárok na přiznání vzniká, pokud 30 % příjmu posuzovaných osob nestačí na pokrytí nákladů na bydlení. O příspěvek se žádá na Úřadu práce ČR (Integrovaný portál MPSV, 2018).
6. doplatek na bydlení- dávka pomoci v hmotné nouzi, která je určena k úhradě odůvodněných nákladů na bydlení a to společně s příjmy rodiny a příspěvkem na bydlení ze státního systému sociální podpory. Výše doplatku je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (nájmu, služeb s bydlením spojených a energií) zůstala osobě či rodině částka na živobytí. Nárok je podmíněn splněním podmínek pro přiznání dávky hmotné nouze – příspěvek na živobytí. O příspěvek se žádá na Úřadu práce ČR (Integrovaný portál MPSV, 2018).

2.3.2. Bydlení

Mezi hlavní projevy onemocnění patří ztráta orientace, a to i v prostředí, které nemocný velmi dobře zná a žije zde mnoho let (někdy i celý život). Onemocnění má za následek postupnou dezorientaci v prostředí, která se časem zhoršuje, a proto není

výjimečným stavem, kdy nemocný chce „jít domů“ z prostředí, kde žil celý život. Deorientace v prostoru vede k situacím, kdy je ohroženo bezpečí nemocného, a proto je nutno provést nezbytné změny domácího prostředí. Změny však nemohou být velmi radikální, přednost mají ty, které povedou ke zvýšení bezpečí, usnadnění péče a snížení stresu nemocného a měly by být prováděny postupně, aby si na ně mohl zvyknout. Mezi nezbytné úpravy může být zařazena úprava sociálního zařízení, aby zde byla umožněna pomoc druhé osoby (bezbariérovost, odstranění poliček a různých zbytečností). Byt by měl být upravován tak, aby splňoval podmínky bezpečného a komfortního bydlení, protože si je třeba uvědomovat, že osoba, která má sníženou pohyblivost, pohybuje se o holích, s chodítkem nebo na vozíku, toto potřebuje. Jedná se tak o odstranění a minimalizování potenciálních míst, kde může dojít k pádu vinou zakopnutí, uklouznutí a pokud k tomu dojde, měla by mít možnost se zachytit a případný dopad by měl být co nejbezpečnější, aby nedocházelo k vážným zraněním (Hauke, 2017).

Pro bezpečný pohyb po bytě i mimo něj je vhodné použít některé z následujících opatření, kdy se může docílit zlepšení prostředí a učinit ho bezpečnějším:

- odstranění prahů, o které lze jednoduše zakopnout a nahrazení je plochými lištami (také je třeba dbát na vhodné položení nebo uklizení kabelů a prodlužovacích šňůr)
- snížení výšky polic, aby byly snadno dosažitelné bez použití schůdků (židle)
- odstranění nábytku, který překáží v průchodu místností
- uspořádání vybavení bytu tak, aby byl možný odpočinek během cesty při přecházení z místnosti do místnosti
- pořízení stabilnějšího a těžšího nábytku, který může zabránit pádu, pokud se o něj nemocný opře (případné připevnění nábytku ke stěnám)
- opatření ostrých hran nábytku chrániči
- odstranění koberců a koberečků, ideální jsou snadno udržovatelné krytiny s protiskluzovou úpravou (nevhodnou je i lesklý povrch, který může v nemocném vzbuzovat strach z uklouznutí)
- světlé vymalování míst, kde se má nemocný pohybovat, ztmavení míst, kam by chodit neměl (schodiště, východ z bytu), dostatečné osvětlení míst, kde se nemocný pohybuje (chodby by měly být vybaveny pohybovým senzorem)
- schody by měly být opatřeny zábranami vstupu
- uchovávání čisticích prostředků (a jiných nebezpečných látek) mimo dosah nemocného (uzamykatelně), odstranit jedovaté květiny
- odstranění potenciálních příčin požáru (infrazářiče, tepelné zdroje, přes které by mohl nemocný přehodit např. ručník), vhodné je místnosti opatřit požárním hlásičem
- zabránění svévolného odchodu nemocného z bytu pomocí instalace speciálních klik nebo klíčů (kulatá klika, odemykací knoflík zevnitř bytu, zámek s krytkou, kterou je třeba odsunout, řetízek na dveřích u horního okraje dveří) nebo zvukové signalizace při otevření dveří, okna opatřena alarmem a dětskými pojistkami

- oplocení domu a zahrádky + zamykání branky, odstranění všech nebezpečných nástrojů a nářadí, kterými by si nemocný mohl ublížit
- informování sousedů jaké chování a následné problémy může Alzheimerova choroba přinášet
- při vynášení odpadkového koše, kontrolujte jeho obsah, aby nedošlo k vyhození cenných věcí
- nahrazení vany sprchovým koutem (bezbariérovým se sedátkem) nebo pořízení bezpečnostních madel k vaně, sprchový kout by měl mít co nejnižší vaničku, zástěna by měla být volena s ohledem na pomáhající osobu, celá koupelna by měla být opatřena protiskluzovými povrchy, na WC používejte nástavec a madlo pro snadnější vstávání, ideální je pořízení termostatických baterií pro zabezpečení maximální teploty, zabezpečení zásuvek v koupelně, zamezení uzamknutí v koupelně či WC
- umístění používaných věcí a potravin v dosahu nemocné
- vyměnění plynového nebo sklokeramického sporáku za indukční (nedojde k zahřátí při nechtěném zapnutí) nebo odstranění knoflíků, když se sporák zrovna nepoužívá
- odstranění všech spotřebičů, které by mohly způsobit úraz
- umístění varovných cedulek (např. NEZAPOMENŮ VYPNOUT SPORÁK), důležité v počátcích nemoci
- usnadnění orientace v místnostech a skříních díky cedulkám s jejich obsahem
- pořízení dostatečně vysokého lůžka, aby se z něj dalo pohodlně vstát, s kvalitní matrací (ideálně ochráněnou proti prosáknutí tekutin)
- předejít pádu z postele lze zábranami (u lidí s demencí však mohou vzbuzovat strach) nebo válcem z gumové pěny nebo smotanou dekou
- pořízení velkých hodin, které ukazují i den
- pojištění proti ztrátě občanského průkazu a jiných důležitých dokumentů jejich uschováním
- v počátcích nemoci, kdy nemocný chodí ještě ven, je vhodné dát do jeho kapes lístek se jménem, bydlištěm a telefonním kontaktem blízké osoby, klíče od domu by měly být opatřeny velkým přívěskem, aby bylo jednodušší jejich nalezení, ale nikdy nesmí být opatřeny adresou, kde nemocný bydlí
- pořízení identifikačního náramku pro nemocného, kde bude také diagnóza jeho nemoci
- pořízení aktuální fotografie pro případ ztráty nemocného a pro případ pátrání Policie ČR (Česká Alzheimerovská společnost, 2015).

2.3.3. Péče

Ztráta soběstačnosti a s ní spojená potřeba pomoci od jiné osoby v běžných životních situacích znamená důležité a někdy zcela klíčové změny v životě osoby, která péči

potřebuje, ale také i jejího blízkého okolí. Je potřeba si uvědomit, že péče o jinou osobu, zejména osobu s pokročilou demencí, která potřebuje větší rozsah pomoci, je velmi fyzicky i psychicky náročná a proto není vhodným ani moudrým rozhodnutím ponechat veškeré břímě na jedné osobě. Ideální je tzv. sdílená péče, kdy rodinná pomoc (popřípadě jiných osob – sousedů, přátel) je doplněna i profesionální odbornou sociální službou (Zvěřová, 2017).

2.4. Rodinný pečující

Rodinní pečující jsou mnohdy vystavováni dlouhodobému stresu, který mívá negativní vliv na jejich vlastní duševní zdraví, může narušovat vztah k nemocné osobě i celkově zhoršit rodinné vztahy. Aby k tomuto nedocházelo, měl by si každý pečující zvážit svoje schopnosti a nastavit limity. Péče o jinou osobu nesmí být sebeobětování a je proto nezbytné, aby se povinnosti a práce rozdělily mezi celou rodinu (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Kroky, které by měli pečující provést a zvážit v případě, že byla rodinnému příslušníkovi nebo osobě blízké diagnostikována Alzheimerova demence:

- Porada všech nejbližších osob, kde se projedná, co pro každého nová situace znamená a co kdo může zajistit.
- Je potřeba čas na zvážení pro jednotlivé pečující, kteří by vše měli projednat i se svými rodinami.
- Nesmí dojít k tomu, aby jiní rozhodovali o životě druhých, tj. aby nikdo nikomu nepřisuzoval roli v péči bez toho, aby daná osoba s danou rolí byla ztotožněna.
- Rozdělení základních povinností – kdo bude zajišťovat jakou péči (péče o domácnost, doprovod k lékaři, komunikace s úřady)
- Projednání jak bude péče realizována (jestli bude za nemocným docházeno, nebo zda bude nemocný bydlet u rodiny)
- Stanovení denního harmonogramu, který je nutné dodržovat, aby si nemocný zvykl na denní režim
- Sestavení dlouhodobého plánu péče, včetně dovolených a jiných dní, kdy bude potřeba vyřešit zástup.
- Přípravení krizového plánu pro případ náhlého výpadku hlavní pečující osoby z důvodu nemoci apod. (důležitý je v tomto případě průzkum sociálních služeb, které jsou k dispozici)
- Vzít v potaz možnost, že péče o nemocného nebude v domácím prostředí možná a připravit se na variantu, že bude muset být umístěn v pobytovém zařízení (Česká Alzheimerovská společnost, 2017).

2.4.1. Rizika péče a jejich eliminace

Velikou psychickou zátěž nepřináší jen péče o blízkého, ale také situace, ve které se ocitá dítě pečující o svého rodiče. Dochází totiž k obrácení rolí, kdy dítě je tím, kdo musí pomáhat a vést svého rodiče, ve kterém měl autoritu, pomáhat mu při velmi intimních činnostech. Zpočátku také může docházet, že si pečující myslí, že mu nemocný dělá naschvály a zlobí se na něj, ale později, když zjistí, že to tak není, tak se v duchu omlouvá a mrzí ho, že nemocného podezřival. Nesmí se také pomíjet omezení dosavadních osobních aktivit pečujícího a osobního i společenského života, neboť péče o nemocného se stává stále náročnější (Hauke, 2017).

Pečující osoba by měla vzít na zřetel:

- Nástup nebo zhoršení jejích zdravotních problémů
- Vlastní nespavost, bolest hlavy, žaludeční potíže
- Pocit permanentního vyčerpání (kdy i po spánku přichází pocit únavy)
- Deprese, podrážděnost, nervóznost
- Ztráta zájmu o vše ostatní, protože péče o nemocného to zastiňuje (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Přehlížení výše uvedených symptomů přetížení a vyčerpání může vést až k syndromu vyhoření nebo se může frustrace obrátit proti nemocnému. Syndrom vyhoření, je v souvislosti s pomáhajícími profesemi zmiňován často a pracovníci v sociálních službách jsou jedněmi z nejohroženějších a nemusí se jednat jen o profesionální pracovníky, protože syndrom vyhoření může postihnout i rodinného pečujícího, který má svou představu o tom, jak má smysluplný život a pomáhání vypadat. Ale jestli to však s pomáháním přeženou, nebo klient o nabízenou pomoc nestojí, může se dostavit pocit obrovského vyčerpání, marnosti, ztráty motivace a všech původních ideálů. Aby člověk mohl dlouhodobě pomáhat, musí mít toto úskalí na paměti a vědomě předcházet nebezpečným situacím. Syndrom vyhoření vzniká v důsledku negativního působení stresu a projevuje se hlavně ztrátou motivace, ideálů, energie, chronickou únavou a nechutí pokračovat v dané činnosti. Projevy syndromu vyhoření jsou: *tělesné* – celková schvácenost, únava, malátnost, poruchy spánku; *psychické* – psychické vyčerpání, vnímání věcí kolem sebe negativně, stres z každé změny; *kognitivní* – zpomalené vnímání, myšlení a pamatování, poruchy pozornosti, ztráta tvořivosti; *emoční* – emoční apatie (neschopnost vnímat starosti druhých), popudlivost, nervóznost; *motivační* – ztráta pracovního nadšení. Důležité je si uvědomovat, že pomáhání má svá jasná pravidla, zásady a hranice. Profesionální pomáhání nastupuje ve chvíli, kdy selhaly dostupné zdroje, a člověk vyhledává pomoc. Zde je pak základním konceptem rozlišení pomoci a kontroly, kdy obecně platí, že ten, kdo říká: „Já mám problém“, ho rovněž má řešit (Úlehla, 2005).

Je potřeba, aby pečující byl schopen stanovit si hranici, kdy už je vše nad jeho možnosti a síly a domluvit se s ostatními pečujícími osobami, jak se bude situace řešit. Je možné, že situaci vyřeší změna krátkodobá, kdy pečující osobu vystřídá někdo jiný, nebo

půjde o přechodné umístění do zařízení sociálních služeb. Může však také dojít k situaci, kdy péče o nemocného bude muset být řešeno trvalou hospitalizací, kdy i tento krok bývá pro pečující osoby velkým stresem, protože mají pocit, že selhaly a nebyly schopny se o svého blízkého postarat. Pro všechny pak může být přínosnějším i to, že o seniora bude péče zajištěna pomocí profesionální služby a jeho blízcí, kteří jej pravidelně navštěvují, mají dostatek času a prostoru na upevnění vzájemných vztahů, na které z důvodu náročné péče nebylo dříve tolik času (Hauke, 2017).

V boji se stresem pomáhá svěřit se svým blízkým a v žádném případě své pocity nadržet v sobě. Pokud pečující osoba nikoho takového nemá, měla by se pokusit najít skupiny lidí s obdobnými problémy, které se schází a vyměňují si zkušenosti (podpůrné skupiny). V hodně městech tyto skupiny pořádá Diakonie ČCE v projektu „Pečuj doma“. Tato organizace pomáhá i pomocí Školy pečování, kde je možné najít návody na pečování, naučné texty a další sebevzdělávání. Také na svých stránkách odkazuje na bezplatnou poradenskou linku (Diakonie, ČCE, 2018).

Pokud se pečující osoby nechtějí těchto setkání zúčastnit, existuje také literatura zabývající se touto problematikou, které je možné nalézt jak v odborné části knihovny, tak v beletrii, protože již vyšlo spoustu biografických příběhů osob trpících Alzheimerovou chorobou či pečujících osob (spoustu z nich je možné nalézt v kapitole použitých zdrojů).

2.4.2. Spolupracující subjekty

Pokud chceme, aby péče o osobu s demencí byla skutečnou podporou, neobjede se rodinný pečující bez spolupráce s dalšími subjekty – zbytek rodiny, sousedé, kamarádi, odborníci – zejména lékaři, zdravotní sestry, sociální terénní pracovníci na obcích, opatrovníci, další sociální služby, ale také dle situace psychologové či psychoterapeuti, fyzioterapeuti, nutriční poradci. Spolupráce přináší efektivnější péči a podporu v péči o osoby s demencí, ale také úlevu pro pečující rodinné příslušníky. Dochází k rozproštění zodpovědnosti a náhledu na problém z více úhlů (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Denní stacionář (týdenní stacionář)

Je určen pro situaci, kdy nemocný s demencí vyžaduje převážně nepřetržitý dohled a rodina chce mít svého blízkého i nadále doma, nebo nemocný odmítá život v pobytovém zařízení. Klient zde může trávit převážnou část dne pod neustálým dohledem profesionálního pečujícího a jsou mu zajištěny veškeré potřebné služby. Důležité je, že služby nespočívají pouze v zajištění stravy a pomoci při osobní hygieně, ale také v aktivizačních programech, sociálně terapeutických, rehabilitačních, diagnostických a volnočasových aktivitách, které vedou k zachování soběstačnosti po co nejdelší dobu, nebo k rozvoji již zapomenutých funkcí. Služba je poskytována ambulantně za úhradu, kdy je maximální výše úhrad za vykonání některých činností při poskytování služby je

regulována vyhláškou zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb, o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách) (Slovník sociálního zabezpečení, 2018).

Sociální pracovníci na obcích

U sociálních pracovníků obcí je nezbytná znalost celého systému sociální legislativy, sociálních institucí i sociálních služeb k tomu, aby poskytovali kvalitní základní sociální poradenství pro klienty. Sociální pracovníci poskytují bezplatné individuální sociální poradenství jednotlivcům i rodinám, které si neví rady a nacházejí se v obtížné či nepříznivé životní situaci, přičemž se zaměřují na vztahy lidí a jejich prostředí. Úkolem sociálních pracovníků je nabídnout klientům možnosti, obohatit jejich životy a předejít selhání. Obecní úřad může také pečujícím pomoci v případě zajištění možnosti přijímat důchod, pokud toho sám poživatel důchodu nebo jeho zákonný zástupce není schopen, nebo k zajištění řádného využívání důchodu, pokud nemocný nakládá s důchodem neúčelně a tím poškozuje sebe nebo vyživované osoby. Tento způsob se nazývá institut zvláštního příjemce důchodového pojištění a přistupuje se k němu, když není vhodné poživatele důchodu omezit ve svéprávnosti, ale je třeba zajistit přebírání nebo řádné hospodaření s důchodem. Obecní úřad se následně po podání podnětu k zahájení správního řízení pokusí nalézt vhodnou osobu, která by mohla vykonávat funkci zvláštního příjemce důchodu. Tím se může stát jakákoli fyzická osoba, která s tímto ustanovením souhlasí (Matoušek, Křišťan, 2013).

Pečovatelská služba a osobní asistence

Pracovníci služby docházejí do domácností pečovaných osob a pomáhají jim při zajištění stravování, chodu domácnosti (nákupy, úklid, praní), osobní hygieny, pochůzek, nákupech, návštěvě lékaře nebo při vyřízení drobných úředních záležitostí. Osobní asistence zpravidla nabízí své aktivizační a terapeutické činnosti, což legislativa u pečovatelské služby neumožňuje. Služba je plně hrazena klientem. Každý poskytovatel má stanovenou vlastní provozní dobu (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Dům s pečovatelskou službou

Služba pro nemocné může být realizována i v domech s pečovatelskou službou (DsPS), kdy se zpravidla jedná o byty v majetku města nebo obce, které si stanovují podmínky pro jejich přidělení. Byty jsou určeny seniorům a osobám se zdravotním postižením, které potřebují intenzivnější péči, než by byla ta, která by jim byla poskytována v jejich bydlišti, protože pečovatelka bývá po celý den přítomna v objektu. Nemocný tak žije ve „své domácnosti“, sám má možnost si stále řídit svůj denní režim a poskytovatel pomáhá jen

v oblastech, které již není možný sám vykonávat. DsPS nenahrazují domovy pro seniory, protože zde z pravidla nebývá poskytována zdravotní péče a pracovník není přítomen 24 hodin denně. Služba je plně hrazena klientem (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Tísňová péče

Nemocný u sebe nosí nouzové tlačítko (náramek, přívěsek), které v případě ohrožení zmáčkne a tím se prostřednictvím telefonu spojí s dispečinkem, který nouzovou situaci začne řešit. Tlačítko „myslí“ i na situaci, kdy by uživatel nebyl schopný ho zmáčknout (např. bezvědomí) a snímač pohybu nahlásí dispečinku, že po určitou dobu nezaznamenal pohyb a dispečink poté činní kroky k zjištění možného ohrožení uživatele. Snímač pohybu může být využíván i jako ochrana bytu před „návštěvou“ cizí osoby v době nepřítomnosti uživatele bytu. Služba je plně hrazena klientem (Slovník sociálního zabezpečení, 2018).

2.5.Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc

Péče o osoby s demencí se ve stále více zemích stává prioritou. Mezi evropské země jako je například Velká Británie, Francie, Norsko či Švýcarsko se v současné době zařazuje také Česká republika, která si vytvořila vlastní strategii pro boj s demencí. Hlavním důvodem je prognóza populačního vývoje, která nastíní, že v následujících letech bude jedním z hlavních rysů obyvatelstva jeho progresivní stárnutí. Mezi hlavní úkoly si Ministerstvo Zdravotnictví stanovilo:

- Včasnou diagnózu syndromu demence, kdy bude možné zachytit pacienta již v raném stádiu onemocnění (například v rámci preventivních prohlídek seniorů u všeobecných lékařů).
- Zlepšení přístupu k vhodné péči díky vyšší provázanosti zdravotních a sociálních služeb a navýšení počtu pracovníků ve zdravotních a sociálních službách, kteří by se touto problematikou zabývali.
- Zvýšení podpory pro pečovatele, kdy by byla zavedena nová finanční podpora, byla by jim umožněna flexibilní forma práce, byla by jim poskytnuta psychologická podpora a také by pro ně byly připraveny akreditované vzdělávací kurzy.
- Zvýšení povědomí široké veřejnosti, které by vedlo k lepšímu vnímání osob s demencí a jejich rodin, kdy by umožnilo předejít sociálnímu vyloučení. Nedílnou součástí by také byla výchova k ohleduplnosti vůči seniorům a úcty ke stáří.
- Podpora a rozvoj vzdělávání pro profesionální pečující díky certifikovaným kurzům.
- Koordinované úsilí v oblasti výzkumu.
- Zapojení do mezinárodní spolupráce a výměna zkušeností a osvědčených postupů (MZČR, 2016).

3. Cíl práce

Cílem této bakalářské práce je popsat péči rodinných příslušníků o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí.

V rámci případové studie popsat ošetrovatelskou péči u vybraného pacienta pomocí funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon.

4. Použité metody

Při zpracování bakalářské práce byla využita metoda kvalitativního šetření formou ošetrovatelské kazuistiky neboli případové studie.

4.1. Ošetrovatelská kazuistika

Ošetrovatelská kazuistika je kvalitativní výzkum, což je nematematický analytický postup, který může být výzkum týkající se života lidí, příběhů a chování. Kvalitativní výzkum vychází z analýzy zkoumaných jevů, odhalení jejich elementárních složek, odhalení spojení a závislostí, které jsou mezi nimi, z charakteristiky jejich celostní struktury, interpretaci smyslu nebo funkce, kterou plní. Kvalitativní popis faktů, analýza faktů, jevů nebo procesů probíhá hlavně v narativní (vyprávějící) nebo esejistické formě, přičemž nejsou používány jakékoliv číselné a statistické výpočty. Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které badatele zajímají a jejich poznání v přirozených podmínkách (většinou na místech, které mají pro výzkumníka ustálený smysl – nemocniční oddělní). Zkoumaní lidé – respondenti jsou vybíráni na základě určitého konceptu. Kvalitativní informace jsou zjišťovány u menšího počtu jedinců, kteří mají společný prvek bádání (Kutnohorská, 2009).

Pro zpracování ošetrovatelské kazuistiky byla vybrána pacientka s diagnózou Alzheimerovy demence, která žije s rodinou, které se o ni stará. Výzkumné šetření probíhalo od září 2016 do února 2018. Kazuistika byla zpracována na základě souhlasu pacientky i její rodiny. Po tuto dobu bylo navštěvováno bydliště pacientky, kde docházelo ke sběru informací z rozhovorů s pacientkou a její rodinou, pozorováním nemocné a z chorobopisů lékařů. Docházela jsem do rodiny dle telefonické domluvy asi 4x měsíčně, abych poznala pacientku a ona si na mě zvykla. V průběhu jsem také zjistila, jak je o pacientku postaráno a co vše musela rodina vybudovat, aby pacientka mohla zůstat doma. V průběhu šetření byla dodržována povinná mlčenlivost. V této práci je dodržena anonymita pacienta.

4.2. Model Gordonové: Funkční vzorce zdraví

Model Marjory Gordonové zahrnuje všechny potřeby nemocného v ošetrovatelské péči a bude využit v praktické části bakalářské práce. Kazuistika bude sestavena na základě jejího modelu funkčních vzorců zdraví. Ošetrovatelské modely zdraví jsou přehledné, proto byly pro tuto práci vybrány.

5. Případová studie

5.1. Základní údaje o pacientovi

Iniciály: J. K.

Věk: 83 let

Pohlaví: žena

Národnost: Česká

Bydliště: obec do 500 obyvatel

Povolání: důchodce (již 28 let), původně pracovala v rostlinné výrobě JZD

Rodinný stav: vdova

Vyznání: bez víry

První projevy nemoci:

Při rozhovoru s pacientkou bylo zjištěno, že ona sama si nepřipouští, že by se její zdravotní stav výrazně změnil. Při rozhovoru s rodinou (převážně s dcerou, která nejvíce o pacientku pečovala) bylo zjištěno, že pacientka po druhé zlomenině krčku (což bylo v 77 letech) odmítala rehabilitovat, cítila se nejistá a stále se bála pádu. Členové rodiny se jí proto snažili se vším pomáhat a odlehčovat jí, čímž nevědomky přispěli k stále se prohlubující nesoběstačnosti. Ze začátku si mysleli, že to dělají pro pacientčino dobro, později, když si uvědomili, že to tak úplně není - začali pozorovat zhoršování se zdravotního stavu pacientky a nedokázali již tomuto procesu zabránit. Důsledkem bylo, že pacientka byla přesvědčena, že vše zvládá sama a jejich pomoc nepotřebuje. Pacientka prosby rodiny o to, aby se více snažila, brala na lehkou váhu a spolupracovala sporadicky.

5.2. Anamnéza

Informace byly zjištěny rozhovorem s pacientkou, s rodinou, která o pacientku pečovala a z chorobopisů ošetřujících lékařů. Pacientka v době rozhovoru měla již zkreslený pohled na svou situaci, proto bylo třeba její výpovědi porovnávat a doplňovat s odpověďmi rodinných příslušníků.

5.2.1. Rodinná anamnéza

Otec zemřel na infarkt myokardu v 60 letech, matka zemřela na nádorové onemocnění tlustého střeva v 90 letech. Má starší sestru (o dva roky), která ji občas navštěvuje. Sestra je oproti pacientce velmi vitální (a to i přes fakt že je taktéž po operaci zlomeného krčku), pečuje o svého manžela, neprojevují se u ní ani náznaky Alzheimerovi či jiné demence. Pacientka má dvě dospělé děti – dceru, která s rodinou a s ní žije ve společné domácnosti a je odkázána na jejich péči, a syna, se kterým je v příležitostném kontaktu. Děti jsou dle

dostupných informací zdravý, přičemž jejich zdravotní stav je odpovídající jejich věku (53 a 50 let). Manžel zemřel před 28 lety na infarkt myokardu ve věku 47 let.

5.2.2. Osobní anamnéza

Pacientka prodělala běžné dětské nemoci (neštovice, příušnice, spalničky) jinak však vážně nikdy nestonala. Až v dospělosti se podrobila operaci apendixu, laparoskopické operaci žlučníku a gynekologické operaci adnexectomie. V důchodovém věku (67 let) došlo k první fraktuře – krček pravé dolní končetiny, v rámci rehabilitace se podařilo pacientce zapojit do plnohodnotného života (byla schopna se sama o sebe postarat, zvládala péči o domácnost, drobné práce na zahradě a chov drobného zvířectva). V 77 letech došlo po zakopnutí o překážku a následnému pádu k fraktuře krčku levé dolní končetiny. K úrazu došlo zřejmě již díky zhoršené pohyblivosti a neschopnosti pacientky odhadnout své možnosti. Po tomto úrazu se již pacientce nepodařilo zapojit do plnohodnotného života. Při chůzi byla nucena využívat francouzské hole, byla odkázána na pomoc při osobní hygieně a na oblékání. Nezvládala již ani řádnou přípravu jídla. Při takto zhoršeném zdravotním stavu docházelo často k dalším úrazům, protože pacientka zapomínala používat francouzské hole, když šla večer na toaletu a proto si zlomila chirurgický krček humeru levého ramene a předloktí pravé horní končetiny (fraktury bez dislokace s odstupem jednoho roku). Dle ošetřujícího lékaře má pacientka dále v osobní anamnéze: morbus hypertonicus, ischemii dolních končetin, recidivující flebitis dolních končetin, nikotinismus, obezitas, stav po prodělané plicní embolii, diagnostikována Alzheimerova choroba a stařecká demence.

5.2.3. Sociální anamnéza

Pacientka je vdova, žije s dcerou a její rodinou v rodinném domě na vesnici. Je 28 let v důchodu. Pracovala jako dělnice v rostlinné výrobě v JZD. Po úrazu zlomeniny v 77 letech se stala částečně nepohyblivou, chodila o francouzských holích. Postupně se chůze zhoršovala, pohybovala se jen po bytě v přízemí. Ven na procházky chodila jen za asistence rodiny či pečovatelské služby (která docházela nejprve 3x týdně, poté již 5x týdně na 1 hodinu denně). Po dalších úrazech se pacientčin stav stále zhoršoval, začala více zapomínat, nepamatovala si svou denní aktivitu, neuvědomovala si jaký je rok, měsíc či dokonce ani den v týdnu, nepoznávala se v zrcadle. Ošetřující lékař tyto příznaky prisuzoval věku a zdravotnímu stavu. Pacientka se dle informací od rodinných příslušníků odmítala podrobit vyšetřením. Ani rodina ani ošetřující lékař pacientku nedokázali přesvědčit, že vyšetření jsou pro správnou diagnózu důležitá.

5.2.4. Alergologická anamnéza

Z chorobopisu ošetřujícího lékaře je pacientka alergická na tiapridal – působil na pacientku halucinogeně, přičemž dcera doplnila, že pacientka po jeho požití měla pocit, že po ní leze

spousta mravenců. Dále je alergická na bodnutí vosy, včely, sršně – má velké otoky po vpichu (epipen – injekční roztok proti alergickým reakcím od lékaře předepsán nemá).

5.2.5. Abúzus

Pacientka pije alkohol jen příležitostně, skleničku piva po obědě jen příležitostně 2x do měsíce. Tvrdý alkohol nepije vůbec. Omamné látky nikdy neužívala. Kouří 10-15 cigaret denně.

5.2.6. Farmakologická anamnéza

Denní dávkování perorálních léků:

1) Presid 5mg	½	0	0
2) Hydrochlorothiazid 25mg	1	0	0
3) Zaldiar 37,5mg	1	0	1
4) Rilmenidin TEVA 1mg	1	0	0
5) Bisoprolol Mylan 5mg	0	0	1
6) Helides 20mg	1	0	0
7) Warfarin 5mg	0	1	0
8) Detralex 50mg	2	0	0
9) Geratam	2	2	0

Charakteristika podávaných léků (Pharmidex – Breviř, 2017):

- 1) Presid (generický název: felodipinum)
 - indikační skupina: vazodilatans, antihypertenzivum, blokátor kalciového kanálu
 - indikace: při léčbě esenciální hypertenze
 - nežádoucí účinky: edém dolních končetin, svalová únava, závratě
 - kontraindikace: při nestabilní angíně pectoris, při srdečním infarktu, při výrazně nízkém krevním tlaku
 - maximální denní dávka: 20mg/24 hod

- 2) Hydrochlorothiazid (generický název: hydrochlorothiazidum)
 - indikační skupina: antihypertenzium
 - indikace: při léčbě hypertenze
 - nežádoucí účinky: hypokalémie, hyponatremie, závažné poruchy funkce ledvin

- kontraindikace: přecitlivělost na thiazidy, závažné poruchy funkce ledvin, závažné jaterní onemocnění
- maximální denní dávka: 12,5-25mg/24 hodin

3) Zaldiar (generický název: tramadolihydrochloridum)

- indikační skupina: analgetikum
- indikace: k tišení středně silné až silné bolesti
- nežádoucí účinky: pocit na zvracení, závratě, ospalost, zažívací potíže
- kontraindikace: akutní intoxikace alkoholem, závažné poškození jater, neléčená epilepsie
- maximální denní dávka: 300 mg/24 hodin

4) Rilmenidin (generický název: rilmenidinum)

- indikační skupina: antihypertenzivum
- indikace: při léčbě hypertenze
- nežádoucí účinky: závažné bradykardie
- kontraindikace: při závažné depresi a ledvinové nedostatečnosti
- maximální denní dávka: 2mg/24 hodin

5) Bisoprolol (generický název: bisoprololi fumaras):

- indikační skupina: hypertenzivum, selektivní betablokátor
- indikace: při léčbě hypertenze
- nežádoucí účinky: únava, pocit chladu, závratě, bolest hlavy, deprese, porucha spánku, bradykardie
- kontraindikace: symptomatická bradykardie, hypotenze, akutní srdeční selhání, chronická acidóza
- maximální denní dávka: 20mg/24 hodin

6) Helides (generický název: esomeprazolum)

- indikační skupina: antiulcerózní látka, inhibitor protonové pumpy
- indikace: při žaludeční a duodenální vředové chorobě, snižuje překyselenost žaludečních šťáv

- nežádoucí účinky: únava, závratě, nauzea, bolesti hlavy, zácpa, průjem, plynatost
- kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku
- maximální denní dávka: 40mg/ 24 hodin

7) Warfarin (generický název: warfarinum natricum)

- indikační skupina: nepřímá antikoagulancia
- indikace: ovlivňuje srážlivost krve a zabraňuje tvorbě a narůstání trombů
- nežádoucí účinky: krvácení z nosu a dásní, tvoření podlitin
- kontraindikace: krvácivé stavy, operace centrální nervové soustavy nebo oka, krvácení do močových cest, krvácení do osrdečníku, nitrolební krvácení
- maximální denní dávka: dle Quickova testu

8) Detralex (generický název: flavonoidorum fractio purificata micronisata)

- indikační skupina: venofarmakum
- indikace: chronická žilní insuficience dolních končetin, noční křeče, edém
- nežádoucí účinky: potíže gastrointestinální, není určen pro děti
- kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku
- maximální denní dávka: 100mg/24 hodin

9) Geratam (generický název: piracetamum)

- indikační skupina: nootropní látka
- indikace: organická poškození mozku a k normalizaci mentálních funkcí
- nežádoucí účinky: hypotenze, neklid a nespavost, pocit na zvracení
- kontraindikace: těžká ledvinná nedostatečnost, přecitlivělost na složky přípravku
- maximální denní dávka: 6-8 g/ 24 hodin

5.3.Model funkčních vzorců zdraví podle Marjory Gordonové

Pacient je v tomto modelu chápán jako bytost s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními a duchovními potřebami. Role ošetřovatele je založena na systematickém získávání informací v jednotlivých oblastech zdraví. Informace jsou získávány pomocí pozorování a rozhovorů, kdy následnou analýzou těchto informací

získáme závěr. Závěrem je tak buď funkční, nebo dysfunkční zdraví, přičemž dysfunkční zdraví je projevem aktuálního onemocnění jedince, nebo může být znakem potenciálního problému. Při odhalení dysfunkce, musí sestra zformulovat ošetrovatelskou diagnózu a poté pokračuje v ostatních krocích ošetrovatelského procesu. Model je založen na 12 funkčních vzorců zdraví, které reprezentují okruhy základních anamnestických údajů (Mastiliaková, 2014).

Aplikace na období říjen 2016 – září 2017 pacientčina života

1. Vnímání zdraví – udržování zdraví

Pacientka vnímá své zdraví jako částečně narušené, bolest ji omezuje v pohybu. Nejraději sedává ve svém křesle, má vše co potřebuje při ruce na přistaveném stolku. Na lékařské prohlídky ji vozí rodina. Recepty na léky předepisuje ošetřující lékařka, která jednou za měsíc navštíví pacientku, aby jí odebrala krev na quickův test. Preventivní prohlídky se rodina snaží u pacientky dodržovat, jen gynekologická prohlídka je problematická. Léky jsou podávány pravidelně třikrát denně v dávkovači, přičemž je důležitá kontrola rodiny (pacientka zapomíná léky brát, nebo je schopná vzít lék opakovaně). Pacientka si nepřipouští problémy s pamětí ani sebepéčí, jen si je vědoma, že se jí hůře chodí, ale přesto si bere občas jen jednu francouzskou hůl a posléze si uvědomí, že to takhle nezvládne (chodítko zatím odmítá).

2. Výživa – metabolismus

Je dodržováno pravidelné stravování, alespoň 3x denně (za pomoci rodinných příslušníků a pečovatelské služby). Studené jídlo (snídani, večeři) si pacientka částečně připravuje sama, s teplým jídlem je potřeba pomoci – neovládá již elektroniku v kuchyni, ani po opětovném popsání postupu. Najíst se zvládá sama (používá jen lžíci či vidličku). V jídle není vybíravá. Má snímatelnou horní a dolní protézu, kterou denně používá a sama si jí na noc vyndává. Za poslední rok se její hmotnost výrazně nezměnila. Dle BMI má mírnou nadváhu (86-88 kg/170cm).

Pitný režim pacientka není schopna bez dohledu dodržovat, nemá pocit žízně (hlavně v zimě). Vypije cca 1 litr, ale musí se jí pití několikrát kontinuálně připomínat.

Kůže pacientky se dá charakterizovat jako suchá a citlivá a to po celém těle. Pro partie rukou a nohou používá krém, který si na horních končetinách dokáže aplikovat sama a na dolních končetinách je schopna aplikace pouze na stehnech. Při aplikaci na nižších partiích dolních končetin vzhledem k omezené pohyblivosti pacientky jí musí dopomáhat jiná osoba. Na záda je opět za asistence jiné osoby aplikována chladivá emulze – jako prevence vzniku dekubitů a proleženin.

3. Vylučování

Pacientka v počátcích sledování (leden 2017) byla schopná si na WC dojít sama (musí používat zvyšovací nástavec na WC, a madlo připevněné na zdi, jinak by nebyla sama

schopna vstát), jen přes noc byly používány plenkové kalhotky kvůli tvrdšímu spánku. Moč je světlolžluté barvy bez příměsí odpovídající množství vypitých tekutin (vědomé úsilí rodiny – dcera si uvědomuje význam hydratace), potíže s močením nemá. Ke konci sledování (srpen 2017) došlo k poslednímu úrazu (zlomení ruky), což znamenalo velký zvrat, protože pacientka nebyla schopna si sama dojít na WC. Nevědomky se občas pomočovala, proto musela plenkové kalhotky po dobu sádrového obvazu používat i přes den. Po sundání sádrového obvazu plenkové kalhotky opět pacientka používala jen na noc (říjen 2017).

K vyprazdňování stolice dochází 1-2x denně na WC, pacientka si občas stěžuje na průjem, kdy jí pak rodina z jídelničky vynechá stravu, která jí působí problémy.

Pacientka se potí přiměřeně, jen si občas stěžuje na zpocené dlaně po probuzení.

4. Aktivita – cvičení

Před úrazem v 77 letech byla pacientka zcela soběstačná. Nepotřebovala žádnou pomoc. Nyní potřebuje dopomoc v oblasti hygieny, pohybu i oblékání. Chodí pomocí francouzských holí. V oblasti hygienické péče je jen částečně soběstačná, celkovou koupel zvládá jen s pomocí pečovatelky, která jí dvakrát týdně sprchuje a jednou týdně umyje vlasy. Pacientka si sama dokáže umýt obličej, horní polovinu těla s pomocí jiné osoby. Ve stoje si zvládne umýt genitálie, záda a nohy si však umýt nezvládne. Při oblékání je nutná pomoc s kalhotkami, ponožkami a zapnout knoflíky. Zbytek oblečení je schopna obléknout sama. Ukládání prádla bylo přizpůsobeno pacientčím potřebám – rozložení úložných prostor v jejím dosahu (nevyužívání přízemních poliček a poliček nad úroveň ramen). Pro pacientku i její rodinu je současná pasivita velkou změnou, protože před uvedeným úrazem byla zvyklá žít poměrně aktivním životem přiměřenému jejímu věku (péče o zahrádku a drobné zvířectvo). Teď již jen sleduje ve velké míře televizi a čte noviny a časopisy. Pečovatelská služba pacientku bere 3x týdně na vycházky, sama se na ně však nevydá. Rodina se snaží s pacientkou procvičovat i jemnou motoriku – skládání ponožek, navlékání korálků. Současná aktivita pacientky je dostačující proto, aby nedocházelo ke vzniku dekubitů. Naopak její snížená pohyblivost přináší riziko úrazu z pádu.

5. Spánek – odpočinek

Pacientka již před úrazem nespala nerušeným spánkem, protože se několikrát za noc budila a někdy měla problémy znovu usnout, proto si v noci četla. V tomto režimu pokračovala i po úrazu. Noční spánek si následně nahrazovala dřímáním přes den. Nespavost byla konzultována s ošetřujícím lékařem, který pacientce naordinoval lék tiapru 100mg (0-0-0-1). Pacientka však bez dohledu nebyla schopna dodržovat jeho aplikaci těsně před spaním a nedbala doporučení, že by se měla jít ještě těsně před jeho aplikací vymočit. Následně docházelo k tomu, že se pacientka budila s potřebou močení během noci, kdy však byla malátná a docházelo k jejím pádům. Lékař po dohodě s rodinou následně doporučil vysazení tohoto léku a náhradní nebyl předepsán.

6. Vnímání, citlivost a poznávání

Pacientka je v plném vědomí, někdy však není orientována časem, místem a prostorem. Řeč je pomalejší, zamýšlí se a někdy neví, co má odpovědět. V důsledku onemocnění se projevují poruchy paměti, pacientka si špatně vybavuje některé informace, zejména události poslední doby. Nosí brýle na dálku a na čtení, oboje má stále v dosahu. Hůře slyší, což už je pravděpodobně stav odpovídající jejímu věku. Naslouchátko nemá, prozatím je dostačující mluvit zřetelně a trochu hlasitěji, zejména je důležité se při hovoru otáčet na pacientku či jí upozornit, že je hovořeno na ní. Pacientka trpí chronickou bolestí zad (v křížové oblasti), bolest je tlumena analgetiky per os zaldiar 37,5mg (1-0-1). Dávka pro tišení bolesti je většinou dostačující.

7. Sebepojetí a sebeúcta

Pacientka je občas bez nálady, ale někdy je zase společenská a má náladu vyprávět. Při vyprávění se obvykle vrací do dob svého mládí (tuto část života si vybavuje nejlépe). Do ošetrovatelské péče se někdy nechce zapojit, je potřeba jí vysvětlit, že to vše dělá pro své dobro. Uvědomuje si problémy s pamětí, ale bagatelizuje je, přikládá je svému vysokému věku.

8. Role, vztahy

Pacientka je vdova, žije společně s dcerou a její rodinou v rodinném domě, který postavili ještě společně se svým manželem. Má dceru a syna, tři vnoučata, jedno pravnouče. Členové rodiny, kteří s ní nežijí ve společné domácnosti, ji navštěvují sporadicky, občas udržují telefonický kontakt.

9. Reprodukce, sexualita

Menstruace asi od 15 let, klimakterium v 50 letech, porody 3 (první porod skončil smrtí dítěte, byla to holčička a měla těžkou srdeční vadu). Dříve chodila na pravidelné gynekologické prohlídky včetně mamografu, po úrazu v 77 letech již nebyla ochotna docházet do ordinace ošetřujícího lékaře. Po smrti manžela neměla již žádného jiného partnera. Vzhledem k neexistenci známek frustrace sexuálních potřeb a s ohledem na pacientčin věk a diagnózu nebylo téma sexualita více rozebíráno.

10. Stres, zátěžové situace a jejich zvládání, tolerance

Pacientka si obvykle stres nepřipouští, její oporou je rodina, kterou má stále kolem sebe a necítí se tak sama. Hodně se jí věnuje pečovatelka, povídají si spolu a hrají jednoduché hry. Dle rodinných příslušníků se nejvíce pacientka stresovaná. Nejvíce stresujícím okamžikem za posledních několik let pro pacientku bylo nešťastné úmrtí rodinného mazlíčka – kočky, která s nimi žila 13 let. I přes pořízení nového kotěte nedošlo již k takové fixaci. Pečovatelské úkony nejsou pro pacientku stresující, protože se na svoji pečovatelku těší. Návštěvy v domácím prostředí vnímá pozitivně, to že ji lékař navštěvuje

v domácím prostředí, bere jako službu navíc. Lékařka provedla test Škály deprese pro geriatrické pacienty, pacientka získala 5 bodů, což je normální afekt bez deprese.

11. Víra, životní hodnoty

Pacientka není věřící, ale označuje se za katoličku, protože v dětství díky rodinným hodnotám byla nucena chodit do kostela a je pokřtěna. Jedinou víru, kterou celá léta uznávala, byla víra v rodinné hodnoty.

5.4.Přehled ošetrovatelských diagnóz

Ošetrovatelské diagnózy byly stanoveny k 2.10.2017 společně s pečovatelskou službou a ošetřujícím lékařem.

Akutní ošetrovatelské diagnózy:

- 1) Riziko pádu z důvodu zmatenosti
- 2) Porušení pohyblivosti z důvodu častých úrazů
- 3) Porušená paměť v důsledku onemocnění, která se projevuje zapomínáním a neschopností vzpomenout si na informace, občasná zmatenost
- 4) Atrofie svalové hmoty z důvodu nedostatečného pohybu
- 5) Chronická bolest zad v důsledku úrazů a stárí
- 6) Deficit sebepečce z důvodu základního a přidružených onemocnění
- 7) Porušený příjem tekutin z důvodu ztráty potřeby hydratace.
- 8) Úbytek denní energie z důvodu poruchy spánku
- 9) Občasná inkontinence moči a stolice v důsledku věku a úrazu, kdy pacientka není schopna dojít na WC včas

1) Riziko pádu z důvodu zmatenosti

Cíl:

- Krátkodobý: zabránění vzniku zranění z důvodu pádu
- Dlouhodobý: pokusit se aby nedošlo k pádu pacientky

Plán péče:

- Zhodnotit stav pacientky
- Zajistit dostatek světla v nočních hodinách
- Zajistit bezbariérový pokoj a cesty

- Zajistit správnou obuv
- Dbát na použití francouzských holí
- Zajistit klidné prostředí
- Pokusit se udržet pacientku v realitě

Realizace:

Pacientce byly na dosah ruky připraveny francouzské hole. Obuv má nazouvací, vždy blízko postele, v přiměřené velikosti s pevnou a protiskluzovou podrážkou. Z místností byly odstraněny prahy, a v místnostech bylo instalováno noční tlumené světlo. Rodina si v nočních hodinách nechává otevřené dveře do ložnice, aby slyšela pacientku, když se bude pohybovat po bytě.

Zhodnocení:

Po těchto opatřeních nedošlo u pacientky zatím k žádnému pádu ani zranění.

2) Porušení pohyblivosti z důvodu častých úrazů

Cíl:

- Krátkodobý: nedopustit rozvoj imobilizačního syndromu, což je sekundární porucha, jejíž příčina je v nehybnosti či snížené aktivitě, může být psychická i fyzická a k hlavním zásadám jejího předcházení patří rehabilitace a správná výživa (Kalvach, 2008)
- Dlouhodobý: podnítit u pacientky chuť k dobrovolnému provádění každodenní dostatečné fyzické aktivity (procházek)

Plán péče:

- Stanovení a doporučení vhodných pomůcek ve spolupráci s fyzioterapeutem
- Seznámení pacientky s pomůckami a názorné vysvětlení jejich použití, připomínání používání pomůcek
- Umístění pomůcek ve vhodné blízkosti, snaha zvyknout pacientku na jejich běžné používání
- Sestavení denního rozvrhu, aby byl zachován dostatečný čas pro odpočinek a pacientčiny zájmy
- Zapojení rodiny a blízkých osob (pečovatelské služby)

Realizace plánu péče:

Pacientce byly k lůžku připraveny francouzské hole, které byly vybrány fyzioterapeutem, tak aby je vždy měla po ruce. Francouzské hole byly také zvoleny

z důvodu nedostatku prostoru pro chodítko v bytě. Na venkovní procházky pacientka chodítko odmítala, styděla se ho používat, protože byla přesvědčena, že stále nechodí tak špatně. Byl pořízen stolek – pevný, aby se o něj pacientka mohla opřít a nemohla ho převrhnout. Křeslo u lůžka pacientky bylo opatřeno podsedkem, aby se jí z něho lépe vstávalo. Křeslo je bez koleček, aby bylo stabilní. Na stolečku u postele je umístěn malý zvoneček pro případ potřeby někoho přivolat. Rodina dále připevnila skříňky ke stěnám, aby nedošlo k převržení, když se o ně pacientka opře nebo zachytí. V pracovních dnech na procházky chodí pacientka s pečovatelkou, o víkendy se členy rodiny. Vnuci i návštěvy jsou poučeny, aby v případě hezkého počasí upřednostňovali sezení na venkovní terase. Také se všichni dohodli, že pacientku nechají dělat veškeré práce, kterých je schopna (nebudou jí obsluhovat).

Zhodnocení:

Pacientka se snaží dle svých možností pohybovat, jen někdy je nucena použít zvonečku pro přivolání pomoci, když není schopna něco zvládnout sama. Výše uvedenými opatřeními se eliminoval počet pádů pacientky.

3) Porušená paměť v důsledku onemocnění, která se projevuje zapomínáním a neschopností vzpomenout si na informace, občasná zmatenost

Cíl:

- Krátkodobý: snaha o zlepšení pacientčiny orientace v čase i prostoru
- Dlouhodobý: pacientka používá pomůcky pro lepší orientaci

Plán péče:

- Trénování paměti pomocí různých jednoduchých her, pokládání otázek, na které pacientka může znát odpovědi (z oblastí o které má zájem – staré české filmy, příroda, zvířata, rostliny)
- Pravidelné jednodušší rozhovory členů rodiny s pacientkou, když se rodina sejde doma (co kdo daný den dělal, co kdo měl k obědu, jaké bylo počasí, události v médiích – udržení pacientky v současném společenském přehledu)
- Podpora častějších návštěv širšího rodinného kruhu a přátel (je to velmi složité, ze začátku se všichni snažili, ale jelikož pacientka je již pátý rok takto nemocná, tak zůstává již jen „zdravé jádro“ rodiny)
- Zajištění bezpečnosti pacientky díky vhodnému prostředí, kde je kladen důraz na účelnost a bezpečnost vybavení,
- Zajištění klidného prostředí bez rušivých elementů
- Udržení orientace v realitě (hodiny, kalendář, denní rituály)

Realizace plánu:

Rodina byla obeznána ošetřujícím lékařem o stavu pacientky. Bylo doporučeno, aby každý den někdo s pacientkou procvičoval paměť – co je za den, jaký je měsíc, jména členů rodiny. Rodina toto plnila a navíc zkoušela s pacientkou hrát jednoduché hry pro povzbuzení paměti, také ji zapojovali do vědomostních společenských her při rodinných setkáních a občas se snažili používat pracovní sešit pro nemocné s Alzheimerovou chorobou, ten se však u pacientky nesetkal s úspěchem. Pacientku nebavilo vyplňování pracovních úloh, její pozornost sklouzávala vždy k jiným činnostem (nejčastěji chtěla spíš sledovat televizi), mnohdy i na věci které vědět mohla, odpovídala, že neví. U pacientky v pokoji byl umístěn na stěnu denní trhací kalendář (aby se předcházelo záměně dnů např. jako při týdenním kalendáři) a velké digitální hodiny s 24 hodinovým režimem, aby byla schopna rozlišit den a noc. U hodin i kalendáře byl kladen důraz na čitelnost (velká písmena i čísla). Při pacientčiných otázkách na den nebo hodinu, jsou všichni pečující seznámeni s tím, že pacientce by neměli říkat jen datum nebo čas, ale vždy by jí měli ukázat místo, kde visí kalendář a hodiny, aby si tuto informaci mohla zjistit sama a vytvořila si tak návyk na jejich používání. Rodina oslovila některé přátele pacientky, aby chodili za pacientkou na návštěvy, pokud jim to zdravotní stav umožní. Všichni pečující se snaží dodržovat rituály vždy ve stejný čas – snídaně, obědy, večeře, káva po obědě. Pacientka má k dispozici po ruce pravidelně obnovované album s fotkami rodinných příslušníků, aby byla zpřítomněna její paměť.

Zhodnocení:

Zapojení rodiny do nácviku paměti bylo úspěšné jen v některých případech, pacientka občas nechtěla spolupracovat. K lepší pacientčině spolupráci přispívaly pochvaly za dobré splnění úkolů. Pacientka dle svých možností zvládá rituály, snídání někdy pro pozdní vstávání vynechává. Při otázkách rodiny, zda ví co je za den a měsíc, si je v některé dny nejistá. Měsíc však zvládá určit téměř pokaždé. Čas pacientka pozná na hodinách vždy, bez nich však není schopná přibližnou denní hodinu učít. Lékařské prohlídky nadále odmítá – neurologie, psychiatrie. Prohlížení fotek je pacientčinou téměř každodenní zábavou, všechny osoby na fotkách poznává, jen si někdy není schopná vybavit jméno. Pacientka se těší vždy na víkend, protože je doma více členů rodiny a jí tak rychleji uběhne den, protože se kolem ní děje stále něco nového.

4) Atrofie svalové hmoty z důvodu nedostatečného pohybu

Cíl:

- Krátkodobý: denně plánovat pohyb 10-15 minut chůze na čerstvém vzduchu
- Dlouhodobý: pacientka má denní potřebu pohybu pro svůj dobrý pocit

Plán péče:

- Motivace pacientky – opakovat jí, že věříme v její schopnost se stále dobře a bezpečně pohybovat, hovořit s ní o stejně nemocných pacientech, kteří i přes stejnou nemoc pohyb zvládají, chválit jí za každou aktivitu, aby měla ze sebe dobrý pocit
- Objektivní zhodnocení jak dlouhou chůzi je pacientka schopna zvládnout (dle Barthel testu s pomocí i více než 50 metrů)
- Zajistit bezpečí pacientky – důkladné vysvětlení použití francouzských holí, pokusit se přesvědčit jí k využívání chodítka ve venkovních prostorách – vysvětlit jí, že si tím zvýší samostatnost a ulehčí si pohyb
- Zjistit z jakých příčin pacientka nespolupracuje

Realizace plánu:

S pacientkou ošetřující lékař za přítomnosti rodiny pohovořil o nutnosti pohybu z důvodu atrofie (úbytku) svalové hmoty. Pacientka si neuvědomuje úbytek svalové hmoty. Horší pohyblivost přisuzuje svému stáří a bagatelizuje skutečnost. S širší rodinou a pacientčinými přáteli byla domluvena podpora v podobě slovní motivace. Ošetřující lékař na základě zhodnocení pacientčiny pohyblivosti doporučil 15 minutovou chůzi (v případě delší aktivity nezapomínat na odpočinek a přestávky). Rodina jí zapůjčila chodítka, pacientka jeho použití zatím odmítá.

Zhodnocení:

Pacientka dle denní nálady je schopna každý den 10-15 minut chůze, ale bez doprovodu se ven sama nevydá. Když rodina procházku nepřipomene, pacientka ji sama nevyžaduje, ale při příchodu z procházky, je ráda, že byla venku na čerstvém vzduchu a že potkala někoho známého, třeba sousedku.

5) Chronická bolest zad v důsledku úrazu a stáří

Cíl:

- Krátkodobý: zmírnit bolest
- Dlouhodobý: odstranit bolest popřípadě omezit na přijatelnou pro pacientku

Plán péče:

- Zaujmutí úlevové polohy
- Použití pomůcek
- Podávat léky dle ordinace ošetřujícího lékaře
- Zaznamenávat každý den sílu bolesti

- Zajistit pohodlí pacienta
- Přesná lokalizace bolesti

Realizace plánu:

Pacientce ošetřující lékař na bolest předepsal Zaldiar 1-0-1, léky na bolest jsou podávány pravidelně. Dále pacientka používá ohřívací dečku (suché teplo). Žáda jsou dle potřeby promazávána hřejivou emulzí. Rodina se každý den pacientky dotazuje na bolest zad, přičemž pacientka si na ní každý den stěžuje. Pacientka lokalizuje bolest zad v bederní části, takže se společně s rodinou snaží udržovat tuto část zad v teple (bederní pás, dlouhá vesta). VAS - vizuální analogová stupnice o nejmírnější bolesti po nesnesitelnou bolest (Dobiáš, 2013). Před podáním analgetika pacientka stanovila bolest na úrovni č. 5 (střední/silná bolest). Půl hodiny po podání analgetik pacientka stanovuje bolest na úrovni č. 2 (slabá bolest), po další hodině již na úrovni 0-1.

Zhodnocení:

Pacientce dělá dobře suché teplo, perorální léky většinou zabírají, bolest se však nedaří úplně odstranit. V akutní fázi je pacientce obvodním lékařem podána Dolmina – antirevmatikum, intramuskulárně.

6) Deficit sebekpce z důvodu základního a přidružených onemocnění

Cíl:

- Krátkodobý: pacientka má zajištěny základní biologické potřeby
- Dlouhodobý: pacientka si postupně zvyšuje míru soběstačnosti

Plán péče:

- Zajištění bezpečí pacientky
- Zjištění stupně deficitu soběstačnosti pomocí Barthel testu základních všedních činností ADL, který slouží k zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech pacienta (Klevetová, 2017) a objektivní zhodnocení zda je deficit na ústupu či v progresi
- Motivace pacientky pomocí podpory a laskavosti, společné hledání nových možností a dřívějších zvyklostí při uspokojování základních životních potřeb. Nekritizovat pacientku, snažit se ji dostatečně pochválit i za drobné pokroky, vytvořit prostředí, kde nechybí humor (jen je potřeba odhadnout jaký druh humoru je vhodný), nenaléhat na pacientku, aby prudce změnila svůj negativní postoj. Vytváření osobního vztahu s pacientkou a dosažení její ochoty zlepšovat se ve prospěch vlastního způsobu života.

- Pořízení potřebných pomůcek – madla, sedačka do vany, protiskluzová podložka do vany, pomocný schůdek k vaně, zvyšovací nástavec na WC

Realizace plánu péče:

Pacientka má závislost středního stupně, což bylo zjištěno dle Barthelova testu, ve kterém dosáhla 50 bodů. Do koupelny nad vanu bylo umístěno madlo, do vany sedačka na sprchování, dno vany bylo polepeno protiskluzovými podložkami a k vaně byl pořízen schůdek na vstup a výstup. Dále bylo umístěno madlo nad WC a zvyšovací nástavec na WC, aby se pacientce lépe vstávalo. Všechny pomůcky byly instalovány při přítomnosti pacientky, aby byly umístěny v potřebné výšce (při koupi bylo myšleno i na váhu pacientky). Dcera následně pacientce předváděla jakým způsobem má pomůcky používat, že jsou stabilní a nemusí se bát na ně přenést celou svou váhu. Několik dní po instalaci pomůcek dcera pacientku při používání „z povzdálí“ pozorovala a taktně se jí snažila vysvětlovat vhodnější způsob použití při pacientčině nejistotě, aby si tak pacientka nepřipadala neschopně nebo méněcenně. Bylo potřeba pomáhat pacientce v oblasti osobní hygieny (omývání partií těla, na které si nedosáhne – záda, nohy, chodidla) a dále s oblékáním a to hlavně spodního prádla, ponožek, zapínáním knoflíků nebo zipů. Při každém úspěchu byla pacientkou velmi dobře přijata pochvala, což jí povzbudilo k další spolupráci.

Zhodnocení:

Pacientka se snažila dle svých možností spolupracovat. Potřeby pacientky v oblasti hygieny jsou uspokojovány. Po instalaci pomůcek došlo ke zvýšení hodnoty Barthel testu na 65 bodů, pacientku tak lze hodnotit jako lehce závislou. Kontinuální dohled je stále potřebný.

7) Úbytek denní energie z důvodu poruchy spánku

Cíl:

- Krátkodobý: Odstranění rušivých elementů v době nočního klidu.
- Dlouhodobý: Zlepšení kvality nočního spánku.

Plán péče:

- Úprava jídelníčku – odstranění tučných jídel, doplnění potravin obsahujících melatonin a podporujících jeho tvorbu
- Omezení kávy v pozdních hodinách, nahrazení bylinnými čaji (meduňka, heřmánek, třezalka)
- Větrání místnosti
- Minimalizace denního spánku

- Úprava postele pro lepší spaní a docílit úplného zatemnění místnosti (žaluzie + závěsy)
- Pokusit se o to, aby se pacientka před spaním vždy chodila vymočit, minimalizování nočního pití

Realizace plánu:

Rodina pacientce každý den připomíná použití WC před spaním a větrá ložnici pro dosažení nižší teploty vzduchu a zvýšení vlhkosti. Pacientce byla zakoupena tvrdší matrace, ortopedický polštář a kvalitní péřová přikrývka pro dosažení optimální teploty při spaní. Během dne se rodina i pečovatelská služba snažila pacientku zaměstnávat, když na ní byla vidět únava, aby nedocházelo k jejímu „poklimbávání“. Rodina pacientce na každý den připravila svačinu s potravinami, které obsahují melatonin nebo podporují jeho tvorbu. Informace získala z literatury (Golková, 2010). Do odpoledních svačin tak byla zařazena rajčata, banány, dýňová a slunečnicová semínka, vlašské ořechy, mandle a červená paprika, jako obědová příloha je častěji využívána rýže, jednou týdně má pacientka k obědu luštěniny (čočku, fazole).

Zhodnocení:

Na pití čaje si pacientka dobře přivykla, připravené svačiny jí zatím vždy přijdou k chuti, častější zařazení luštěnin a rýže do jídelníčku jí nečiní problémy, nižší teplota v ložnici je jí před spánkem příjemná. Chválí si nové lůžko. Denní poklimbávání se odstranit nedaří a pacientka se stále k ránu budívá, není to však již pravidlem a daří se jí pak ještě usnout.

8) Porušený příjem tekutin z důvodu ztráty potřeby hydratace

Cíl:

- Krátkodobý: Pokusit se zvýšit denní příjem tekutin pacientky.
- Dlouhodobý: Zabránit vzniku dehydratace.

Plán péče:

- Zajištění dostatku tekutin na dosah ruky, pobízet v průběhu dne pacientku k pití (podávat tekutiny, které pacientka preferuje)
- Sledování barvy moče, sledování příjmu a výdeje tekutin
- Sledování známek dehydratace
- Zjištění jakým tekutinám dává pacientka přednost

Realizace:

Pacientka byla poučena, že je důležité dodržovat pitný režim, ale i přesto musela být pobízena k napití. Bylo zjištěno, že má ráda šťávu připravenou z ovocných sirupů, proto

byla tato tekutina zařazena do jejího pitného režimu. Pro jistotu je zapisován přibližný příjem tekutin.

Zhodnocení:

Pacientka pije cca 1 litr tekutin denně, ale nejeví známky dehydratace ani nemá oschlé rty. Váhu má konstantní. Pacientka při dotazech odpovídá, že pocit žízně nemá.

9) Občasná inkontinence moči a stolice v důsledku věku a úrazu, kdy pacientka není schopna dojít na WC včas

Cíl:

- Krátkodobý: Zajistit, aby pacientka byla v suchu a čistotě
- Dlouhodobý: Zabránit vzniku opruzenin, používání plenek jen jako pojistky

Plán péče:

- zhodnocení cesty, aby docházelo k včasnému dosažení toalety
- Zajištění nočního osvětlení potřebných prostor
- Případná úprava cesty na toaletu
- Omezení příjmu tekutin v nočních hodinách
- Vedení záznamů o inkontinencích
- Používání inkontinenčních pomůcek

Realizace plánu péče:

Pacientce na noc rodina pomáhá obléct plenkové kalhotky, aby se zabránilo nechtěnému znečištění ložního prádla, protože zachytí (absorbují) případnou moč. Z cesty byly odstraněny předměty, které vadily při cestě na WC a také prahy. Do zásuvek bylo umístěno noční osvětlení, které udržuje při setmění osvětlenou cestu přímo až na WC. Rodina se snaží, aby se pacientka vyprázdnila před spaním. Dále si po dohodě s ošetřujícím lékařem zaznamenávala, kdy došlo k inkontinenci a proč. Přenosné WC nechtěla používat z důvodu zápachu v obývací místnosti, a protože nebyla schopna WC sama čistit.

Zhodnocení:

Pacientka si uvědomuje, že někdy nestihne dojít na WC a je jí to nepříjemné. Ke vzniku opruzenin nedošlo.

6. Diskuze

Téma Alzheimerova choroba pro mě bylo velmi zajímavé, proto jsem si ho vybrala do své bakalářské práce. Snažila jsem se popsat život 83leté pacientky s touto chorobou, která stále ještě žije v domácím prostředí, kde jsou o ni rodinný příslušníci schopni pečovat. Je to proto, že dcera pracuje na směny v nemocnici, zeť je OSVČ a vnučka pracuje nedaleko domova a tak mají dohodnuté časy, kdy každý je schopný v určitou hodinu zkontrolovat pacientku a podívat se zda se jí něco nestalo a něco nepotřebuje.

Rodina je základní článek společnosti, způsob péče velmi souvisí se stádiem, ve kterém se nemocný nachází. Představuje tzv. neformální složku domácí péče. Je důležité do jaké míry, je senior soběstačný a jak se rodina zvládne o takto nemocného člověka postarat. Zda budou bytové prostory dostatečné či přizpůsobitelné a do jaké míry jsou pečovatelé ochotni a schopni omezit svůj rodinný život. Důležitá je solidarita celé rodiny a přijetí rozdělených rolí, což představuje, že každý má svojí funkci a musí ji plnit. Pro každého konkrétního člověka to znamená zodpovědnost a povinnost dodržovat předem dohodnutý systém, aby došlo k jeho bezproblémovému zaběhnutí a předešlo se jeho narušení či celkového selhání.

Někdo vidí v pečování smysl života, jiný to pojme jako morální povinnost. Péče často zabírá většinu volného času a mnozí jsou vyčerpaní nebo žijí stále ve stresu, že něco nestihnou. Proto by společnost měla pečujícím rodinám poskytovat podporu a vyjádřit respekt nad jejich péčí.

Při rozhovoru s rodinnými příslušníky i pacientkou jsem zjistila, že práce s takto nemocným pacientem je složitá fyzicky i psychicky. Fyzicky jde o těžkou manipulaci s pacientem například při koupání nebo přesouvání z lůžka je potřeba síla, ale i zručnost a je třeba dbát na zdraví pacientovo i svoje. Psychicky jde o to, aby nedošlo k syndromu vyhoření u pečujícího rodinného příslušníka, protože často jsou na pokraji svých možností a tak by určitě měli spolupracovat s odborníkem z oboru psychologie, který je vyslechne a popřípadě poradí. Rodinný příslušníci musí každý den, 24 hodin dbát na pacientčino bezpečí, pomáhat jí s hygienickou péčí, starat se o její potřeby, dopomáhat s oblékáním, přípravou jídla a v neposlední řadě s ní umět správně komunikovat. Důležitým prvkem, je nepřenášet do péče o pacientku problémy z práce, nebo konflikty s jinými rodinnými příslušníky, což také není úplně jednoduché. Je potřeba si také uvědomit, že celá rodina přijde o kus svého soukromí – pacientka se musí pokusit odhodit stud, protože potřebuje pomoc i ve velmi intimních záležitostech (osobní hygiena, vyprazdňování) a je rodinou sledována téměř na každém kroku (z důvodu dezorientace a zhoršené pohyblivosti), aby se předešlo nehodám či úrazům. Pečující však také mnohdy přijdou o kus svého soukromí, jako například rodina popisovaná v této práci, protože se například vzdají možnosti se večer zavřít ve své ložnici a užít si chvilku nerušeného klidu, pokojného spánku či intimnosti.

Ke každému takto nemocnému člověku je potřeba přistupovat jako k individuální bytosti, je důležité, abychom se starali o jeho bio-psycho-sociální potřeby – dosáhnutí u nemocného tělesného, sociální a duševního zdraví a pohody. Důležité jsou i trpělivost a dobré komunikační dovednosti nebo schopnosti.

Zjistila jsem, že péče o pacienta je velmi specifická, je potřeba brát ohled na fakt, že je to pacient s psychiatrickým onemocněním, ale zároveň i geriatrickým. Velkým rizikem u těchto pacientů je riziko pádu, riziko vzniku dehydratace a malnutrice.

Pacientka, o které jsem psala kazuistiku, byla schopna ještě částečně spolupracovat a komunikovat. Občas byla více orientovaná, někdy to dalo velikou práci, aby se na mé otázky soustředila. Je velká škoda, že se nepodařilo pacientku přemluvit, aby se podrobila psychiatrickému vyšetření, a aby se dříve podchytila léčba Alzheimerovy choroby a zavedla alespoň podpůrná léčba a tato zákeřná choroba by se oddálila nebo alespoň tak rychle nestupňovala.

Významnou podporu a pomoc rodině při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou představuje poskytování sociálních a zdravotních potřeb v sociálním prostředí, včetně služeb o pečující.

Rodina z nabízených služeb využívá jen pečovatelskou službu, lékařskou péči zajišťuje obvodní lékařka, která jednou do měsíce nebo dle potřeby dochází do rodiny. Pacientka pobírá příspěvek na péči, byla jí přiznána těžká závislost – III. stupeň. Příspěvek tak činí 8800 Kč. Díky této rodině jsem zjistila, že od podání žádosti do přiznání tohoto příspěvku může uběhnout až 8 měsíců. Příspěvek je sice poté vyplacen zpětně i za měsíce, kdy se čeká na vyřízení, ale rodina ošetřování příbuzného musí v tomto případě „předfinancovat“, což pro někoho může být velkou překážkou. Dobrou zprávou pro rodinu v začátku však byl fakt, že pečovatelská služba poskytovaná městem byla realizována do týdne od podání žádosti. Rodina z výše uvedeného příspěvku hradí pečovatelské služby a nákup profesionálních pomůcek zakupovaných ve zdravotnických potřebách. Tato rodina se pomůcky rozhodla zakoupit, i když to pro ni v začátcích znamenalo nemalé náklady, ale spočítala si, že v případě pronájmu by zaplatila několikanásobně více, protože věří v to, že pacientka s nimi bude v domácnosti žít ještě dlouho.

Při hledání dostupných zdrojů pro sepsání teoretické části jsem objevila knihu „Když do života vstoupí demence“ od autorky Marcely Hauke. Kniha mi byla dobrou inspirací, protože provádí pečujícího již od propuknutí demence u nemocného, řeší veškeré situace, které se mohou při péči objevit a nabízí jejich možná řešení. Knihu bych určitě doporučila jak laickým ošetřovatelům, tak i profesionálům, protože může rozšířit obzory oběma těmito skupinám.

Zjistila jsem, že se rodina o pacientku stará velice dobře a mohla by předat zkušenosti dalším pečujícím rodinám o takto nemocné.

Shrnutí základních rad pro domácí péči s Alzheimerovou chorobou:

- 1) Nedělat nic za nemocného, snažit se o to, aby byl co nejvíce soběstačný, jen mu dopomáhat (rozkrájet jídlo, připravit oblečení)
- 2) Komunikace s nemocným by měla být srozumitelná, pomalá, měly by být voleny jednoduché věty, bez křičení a zvyšování hlasu. Vyhýbat se kárání, snažit se o domluvu a dívat se při rozhovoru nemocnému do očí.
- 3) Zlepšit orientaci nemocného. Používat tlumené světlo v nočních hodinách. Je důležité použití trhacího kalendáře a velkých nástěnných hodin, odstranit prahy a malé koberce a rohožky.
- 4) Zajistit bezpečné prostředí nemocného. Léky připravovat jen na jedno podání, schovat sirky, zapalovače, svíčky. U elektrických zásuvek je potřeba aplikovat záslepkky. Doporučené je odstranit klíče v zámcích, aby se nemocný nemohl někde zamknout nebo odejít v noci z domu, kdy by pak nemusel umět najít cestu zpět.
- 5) Neměnit uspořádání v místnosti, ani nemocného nepřestěhovávat. Nemocný si špatně zvyká na změnu, už malá změna ho vyvede z míry. Vrací se stále zpět a pořád něco hledá.
- 6) Pro nemocného jsou důležité vzpomínky. Často se vracívá do let svého mládí. Umožnit mu vzpomínat pomocí rodinných alb a nechat ho vyprávět. Udělat si čas dát si s nemocným v klidu čaj či kávu a zákusek.
- 7) Dokázat se se svými starostmi a problémy podělit s někým blízkým. Už jen možnost se někomu svěřit s tím, že ho druhý vyslechne je důležité.
- 8) Dokázat si dopřát odpočinek a odreagování, načerpat nové síly pro další pečování.
- 9) Nestydět se požádat o externí pomoc (pečovatelská služba, domácí péče, Česká Alzheimerovská společnost, případně literatura týkající se dané problematiky) při domácí péči o nemocného.(Česká Alzheimerovská společnost, 2015).

7. Závěr

Tato ošetrovatelská kazuistika je zpracována jako ošetrovatelský proces u 83leté pacientky, které byla diagnostikována Alzheimerova choroba. U pacientky nedošlo k hospitalizaci.

V předložené práci jsem se zaměřila na téma péče o člověka nemocného Alzheimerovou chorobou v rodinném prostředí. Téměř celý rok jsem pracovala jak s nemocnou pacientkou, tak s rodinou, se kterou tato nemocná paní stále žije v domácím prostředí. Hlavně s dcerou, která je tou vedoucí složkou v této rodině při péči o pacientku a snaží se vše organizovat pro potřeby pacientky a dbát na to, aby všichni dodržovali dohodnutá pravidla. Dcera pacientky pracuje jako zdravotní sestra, díky čemuž má zkušenosti jak v rehabilitaci, tak v péči o takto nemocné. Byla jsem velmi překvapena, jak vše zvládají, nejsou nepřijemní a jeden druhého se snaží podpořit. Díky otevřenosti a spolupráci všech v této rodině, se mi podařilo zpracovat tuto kazuistiku.

Práce by mohla sloužit jako úvodní informace pro rodiny, kterým zaklepe na dveře Alzheimerova choroba. Vystihuje totiž, že při péči o nemocného nestačí jen utkvělá představa, že se o příbuzného musím postarat, ale je potřeba odhodlání a určitý zápal pro věc, aby ve vytvořeném prostředí stále docházelo k žití a ne přežívání. Každý den, totiž přináší něco nového a nemusí to být jen pozitivní okamžiky. U pacientů s touto chorobou je totiž jednodušší, že při polevení v péči přijde zhoršení jejich zdravotního stavu, ale posun k jeho následnému zlepšení je pak otázkou týdnů, měsíců.

V práci je postupně popisováno, jak s jednotlivými akutními diagnostikami pacientčina zdravotního stavu, dochází k úpravám v domácnosti a běhu rodinného života, které následně doléhají na celou rodinu, ne jen na hlavního pečujícího. Nejmarkantnější jsou změny v trávení času, protože rodinná dovolená v zahraničí, se v tomto případě stává už jen těžko dosažitelnou a v případě jejího uskutečnění, musejí rodinný příslušníci dokonale naplánovat za sebe „záskok“ v péči o pacientku. Dochází také k nemalým finančním investicím do správného vybavení, v čem však alespoň částečně pomáhá příspěvek na péči o pacienta.

Tato práce mi velice pomohla ujasnit si spoustu věcí, které se tohoto onemocnění týkají. Pochopila jsem, jak nesmírně závažné je to onemocnění nejen pro nemocného, ale také pro jeho rodinu a celé okolí. Zjistila jsem, že je nutná velká trpělivost a tolerance.

Práce by mohla posloužit jako brožura a současně návod pro rodiny, kde se vyskytne Alzheimerova choroba a rodina se rozhodne ponechat si nemocného doma. Tato rodina se tak ocitá ve složité situaci a mohla by to pro ni být motivace, že se péče dá za určitých podmínek zvládnout. Také by mohla sloužit jako materiál na semináře pro veřejnost a současně laické rodinné pečovatele, které by se mohly konat jak v nemocnici v Litoměřicích, tak v zařízeních, kde se o takto nemocné pacienty starají (např. Domov na Dómském pahorku v Litoměřicích, SeneCura senior centrum v Terezíně).

Sama pracuji jako zdravotní sestra v intenzivní péči už 23 let, ale až v této rodině jsem poznala, jak je obtížné získat anamnestická data, vzhledem k tomu, že tito pacienti své odpovědi často mění. Uvědomila jsem si také jak nedostatečná je u nás celková péče o seniory a to nejen o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Je potřeba, aby se těmto lidem zajistilo klidné a důstojné stáří s péčí, jakou by si zasloužili. Profesionálové (sestry) v budoucnu budou muset být schopny tyto informace předat rodinám, které se rozhodnou pečovat o své blízké v domácím prostředí. Čím více pronikne tato problematika do širšího povědomí, tím více budou schopni spolupracovat specializované lékařské obory, jako jsou ergoterapeuti, nutriční terapeuti nebo ošetřující lékaři s nelékařskými a to například s různými řemeslníky, kteří budou upravovat byt pro potřeby nemocného na míru.

8. Použité zdroje

Alzheimer's & Dementia [online]. Alzheimer's asociation, 2018, 14(2) [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=1000000000024990&rft.object_portfolio_id=&svc.fulltext=yes

Alzheimer's & Dementia [online]. Alzheimer's asociation, 2017, 13(10) [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rft_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=1000000000024990&rft.object_portfolio_id=&svc.fulltext=y

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi. Praha: Mladá fronta, 2010. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2282-8.

BÁRTOVÁ, Jarmila. Přehled patologie. V Praze: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2745-8.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST [online]. Praha, 2015 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: www.alzheimer.cz/

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Zpráva o stavu demence. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.

ČSSZ. Ošetřovné. Česká správa sociálního zabezpečení [online]. 1.1.2017 [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/osetrovne.htm>

DIAKONIE Československé církve evangelické [online]. 2018 [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: <https://www.diakonie.cz/>

DOBIÁŠ, Viliam. Klinická propedeutika v urgentní medicíně. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4571-8.

FRANKOVÁ, Vanda. Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2423-5.

HALOVÁ, Miroslava. Nemocný v domácí péči. Bouzov: VEF Enterprises, 2010. ISBN 978-80-904611-0-9.

HAUKE, Marcela. Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

- GOLKOVÁ, Monika. Anti-aging: jak si zachovat mládí a krásu. Praha: Grada, 2010. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2106-4
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-268-4.
- KALVACH, Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KAŠÁKOVÁ, Eva, Martin VOKURKA a Jan HUGO. Výkladový slovník pro zdravotní sestry. Praha: Maxdorf, c2015. ISBN 978-80-7345-424-1.
- KELLY, Evelyn B. Alzheimer's disease. New York: Chelsea House Publishers, c2008. ISBN 978-0-7910-9588-1.
- KLEVETOVÁ, Dana. Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.
- KOCINOVÁ, Svatava, Zdeňka ŠTERBÁKOVÁ a Šárka ERBANOVA. Přehled nejužívanějších léčiv: příručka pro střední zdravotnické školy. 6., aktualiz. vyd. Praha: Informatorium, 2013. ISBN 978-80-7333-095-8.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
- KUČEROVÁ, Helena. Demence v kazuistikách. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- LU, Linda C. a Juergen. BLUDAU. Alzheimer's disease. Santa Barbara, Calif.: Greenwood, c2011. Biographies of disease. ISBN 978-0-313-38110-2.
- MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
- MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MPSV, Doplatek na bydlení. Integrovaný portál MPSV [online]. 1.1.2018 [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/hn/obcane/bydleni>

MPSV. Příspěvek na mobilitu. Integrovaný portál MPSV [online]. 1.1.2018 [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>

MPSV. Příspěvek zvláštní pomůcku. Integrovaný portál MPSV [online]. 1.1.2018 [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka>

MPSV. Příspěvek na bydlení. Integrovaný portál MPSV [online]. 1.1.2018 [cit. 2018-04-05]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/prisp_na_bydleni

MZČR, Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 - 2019. [online]. 2016 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-a-dalsi-obdobna-onemocneni-na-leta-201_12997_3216_1.html

NEHLS, Michael. Alzheimer se dá léčit: návrat do zdravého života. Přeložil Libuše STAŇKOVÁ. Praha: Euromedia, 2017. Esence. ISBN 978-80-7549-257-9.

NOVÁK, Tomáš a BEASTEŠ. Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4623-4.

PHARMINDEX - BREVÍŘ. Praha: MediMedia Information, 1995. ISBN 978-80-87135-05-1.

PIDRMAN, Vladimír. Demence. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

POIRIER Judes, GAUTHIER Serge, foreword by André CHAGNON, afterword by Michaëlle JEAN, translated by Barbara SANDILANDS. Alzheimer's disease: the complete introduction. 2014. ISBN 9781459723504.

PREISS, Marek, PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ Hana. Neuropsychologie v neurologii. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

SLOVNÍK SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ: Denní stacionář [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018 [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <http://slovník.mpsv.cz/denni-stacionar.html>

TAYLOR, Richard. Život s alzheimerem: autentické svědectví : pohled do srdce, duše a mysli člověka, který žije s Alzheimerovou chorobou. Přeložil Stanislava KRÁLOVÁ. Praha: Ikar, 2015. ISBN 978-80-249-2684-1.

TICHÝ, Oldřich. Léčba Alzheimerova podražila za čtyři roky o 41 %, náklady šplhají k miliardě. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky [online]. 2017, 14.9.2017 [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/lecba-alzheimerova-podrazila-za-ctyri-roky-o-41-naklady-splhaji-k-miliarde>

ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-36-6.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. Praktický slovník medicíny. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-464-7.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5538-0.

Zákon č. 108/2006 Sb, o sociálních službách. In: Sbírka zákonů. 31.3.2006. ISSN 1211-1244.

ZVĚŘOVÁ, Martina. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam grafů

Graf č. 1: počet pacientů s diagnózou Alzheimerovy choroby, průměrné náklady na pacienta v Kč.....	9
--	---

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Maslowova pyramida potřeb	20
---	----

Seznam příloh

Příloha č. 1: Barthel test základních všedních činností

Příloha č. 2: Stupnice hodnocení bolesti VAS

Příloha č. 3: Škála deprese pro geriatrické pacienty

Příloha č. 1: Barthel test základních všedních činností

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

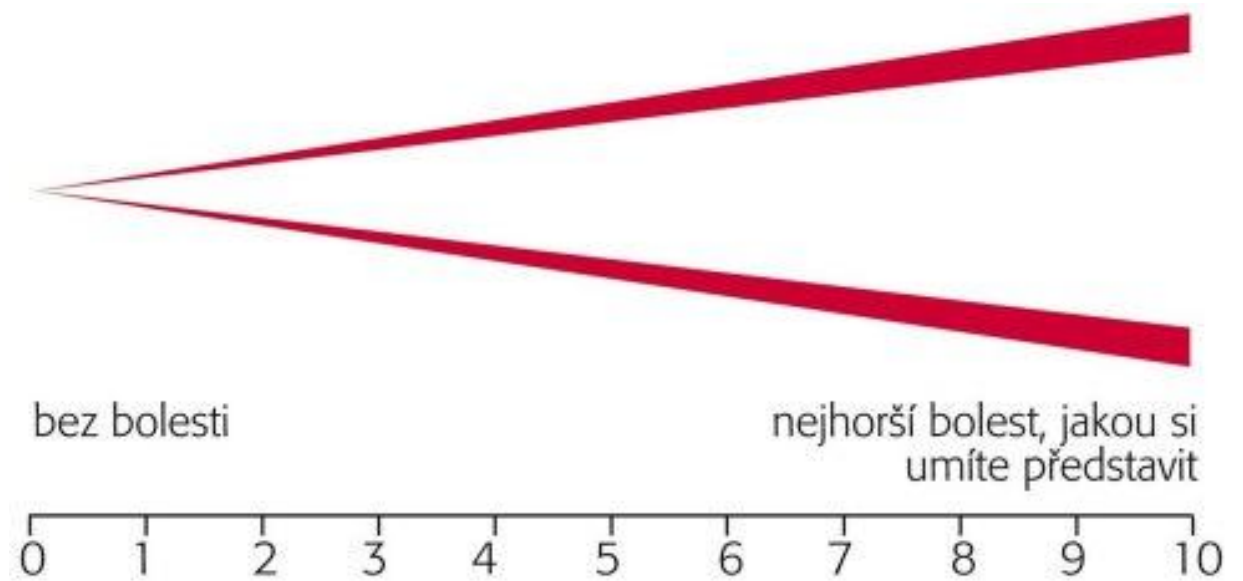
činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najezení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Zdroj: Bartošová, 2015

Příloha č. 2: Stupnice hodnocení bolesti VAS



Zdroj: Franková, 2011

Příloha č. 3: Škála deprese pro geriatrické pacienty

Otázka	Odpověď
Jste v zásadě spokojen(a) se svým životem?	Ano – Ne
Opustil(a) jste mnoho ze svých aktivit a zájmů?	Ano – Ne
Máte pocit, že Váš život je prázdný?	Ano – Ne
Pocítujete často nudu, prázdnotu?	Ano – Ne
Máte většinou dobrou náladu?	Ano – Ne
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	Ano – Ne
Jste většinou šťastný (šťastná)?	Ano – Ne
Cítíte se často bezmocný (bezmocná)?	Ano – Ne
Zůstáváte raději doma, než byste šel (šla) ven a podnikal(a) nové věci?	Ano – Ne
Máte pocit, že máte více problémů s pamětí než ostatní?	Ano – Ne
Myslíte, že je pěkné žít v této době?	Ano – Ne
Tak, jak jste na tom právě nyní, připadáte si bezcenný (bezcenná)?	Ano – Ne
Cítíte se plný (plná) energie?	Ano – Ne
Pocítujete svou situaci jako beznadějnou?	Ano – Ne
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	Ano – Ne
Každá tučně označená odpověď = 1 bod. Hodnocení: 0–5 bodů norma, 6 a více bodů suspektní deprese (česká standardizace podle Tošnerové). Původní hodnocení z r. 1999: 0–7 norma, 8–12 mírná deprese, 13–15 těžká deprese.	

Zdroj: Hauke 2017

[illegible]